POLIROM

Brent B. Geary, Jeffrey K. Zeig
(coordonatori)

MANUAL DE PSIHOTERAPIE ERICKSONIANĂ

PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

Brent B. Geary, Jeffrey K. Zeig
(coordonatori)

MANUAL DE PSIHOTERAPIE ERICKSONIANĂ

Traducere de Miruna Andriescu

POLIROM
2018

2018

Brent B. Geary, Jeffrey K. Zeig (eds.), *The Handbook of Ericksonian Psychotherapy*
Copyright © 2001 The Milton H. Erickson Foundation Press
All rights reserved
© 2018 by Editura POLIROM, pentru ediţia în limba română

www.polirom.ro
Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, Splaiul Unirii nr. 6, bl. B3A, sc. 1, et. 1;
sector 4, 040031, O.P. 53

ISBN ePub: 978-973-46-7436-7
ISBN PDF: 978-973-46-7437-4
ISBN print: 978-973-46-7221-9

Coperta: Radu Răileanu
Pe copertă: © sasha2538/Depositphotos.com

Această carte în format digital (e-book) este protejată prin copyright şi este destinată exclusiv utilizării ei în scop privat pe dispozitivul de citire pe care a fost descărcată. Orice altă utilizare, incluzând împrumutul sau schimbul, reproducerea integrală sau parţială, multiplicarea, închirierea, punerea la dispoziţia publică, inclusiv prin internet sau prin reţele de calculatoare, stocarea permanentă sau temporară pe dispozitive sau sisteme cu posibilitatea recuperării informaţiei, altele decât cele pe care a fost descărcată, revânzarea sau comercializarea sub orice formă, precum şi alte fapte similare săvârşite fără permisiunea scrisă a deţinătorului copyrightului reprezintă o încălcare a legislaţiei cu privire la protecţia proprietăţii intelectuale şi se pedepsesc penal şi/sau civil în conformitate cu legile în vigoare.

Lectura eco - un supererou al lumii moderne!

Versiune digitală realizată în colaborare cu Libris.ro

Prezentarea contributorilor

Brian M. Alman, dr., prim-vicepreședinte al Clinical Strategies, Lifestar Corporation, consultant pentru hipnoză medicală al organizației Kaiser Permanente; are un cabinet privat în San Diego, California.

Daniel L. Araoz, doctor în educație, este profesor universitar la Universitatea Long Island – C.W. Post și coordonator al Programului de Instruire pentru Ofițeri Tehnici Militari ai SUA, în cadrul Academiei Militare SUA, West Point, New York.

Terry L. Argast, dr., este director clinic al Societății Californiei de Sud pentru Psihoterapie Ericksoniană și Hipnoză.

Joseph Barber, dr., lucrează în cadrul Departamentului de Medicină Recuperatorie al Facultății de Medicină de la Universitatea Washington, Seattle, Washington.

Norma Barretta, dr., este consultant autorizat al Societății Americane de Hipnoză Clinică; are un cabinet privat în zona Los Angeles, peninsula Palos Verdes și este membru invitat al corpului profesoral din cadrul Congresului Fundației Erickson.

Philip F. Barretta a absolvit un masterat în domeniul științelor umaniste, consultant autorizat al Societății Americane de

Hipnoză Clinică, membru al corpului profesoral din cadrul Congresului Fundației Erickson. „Retras” din practica privată, predă hipnoză ericksoniană și neurolingvistică.

Cheryl Bell-Gadsby, absolventă de masterat în domeniul științelor umaniste, este coordonatoare de programe în cadrul Departamentului de Servicii Sociale și Securitate Comunitară al Institutului Justice din British Columbia. Terapeută feministă, supervizor clinic și pedagog, are expertiză în traumă, violență familială, exploatare sexuală și hipnoterapie.

Pennie Dexter Carrell, dr., are cabinete private în Santa Barbara și în Anaheim, California.

Susanne T. Coleman, absolventă de masterat în domeniul științelor exacte, este doctorand în cadrul Departamentului de Terapie Familială la Universitatea Nova Southeastern, Fort Lauderdale, Florida.

Yvonne M. Dolan, absolventă de masterat în domeniul științelor umaniste, este psihoterapeută și consultantă în domeniul practicii private în cadrul The Solution Group, Denver, Colorado. Coordonează ateliere pe tema terapiei centrate pe soluții și a hipnozei ericksoniene.

Barry L. Duncan, doctor în psihologie, pedagog, formator și terapeut, este profesor asociat în cadrul Departamentului de Terapie Familială, Universitatea Nova Southeastern, Fort Lauderdale, Florida. Este supervizor autorizat în cadrul Asociației Americane pentru Terapie Maritală și Familială.

Betty Alice Erickson, absolventă de masterat în domeniul științelor exacte, are un cabinet privat la Dallas, Texas, este editor al buletinului *Newsletter* al Fundației Milton H.

Erickson din 1993. A fondat un program de management al durerii pentru un centru HIV/SIDA, iar în prezent îl coordonează. Predă hipnoza, terapia scurtă și psihoterapia ericksoniană. Este fiica doctorului M.H. Erickson.

Helen Erickson, dr., este profesor emerit la Universitatea Texas din Austin și președinte al Center for the Advancement of Modeling and Role Modeling, Austin Texas. Este fiica doctorului M.H. Erickson.

Brent B. Geary, dr., este președintele companiei Behavioral Health Systems, Inc., Phoenix, Arizona, și coordonator al programului de training din cadrul Fundației Milton H. Erickson.

Stephen Gilligan, dr., are un cabinet privat în Encinitas, California.

Eric Greenleaf, dr., are un cabinet privat în Berkeley, California. Este directorul Institutului „Milton H. Erickson" din Bay Area și a fost primul cîștigător al premiului „Milton H. Erickson" pentru Studii Științifice despre Hipnoză.

Ronald A. Havens, dr., este profesor de psihologie în cadrul Departamentului de Psihologie al Universității Illinois din Springfield și dă consultații private în cadrul Maher Psychiatric Group, Springfield, Illinois.

Harriet H. Hollander, dr., este directoarea Institutului „Milton H. Erickson" din New Jersey și profesor emerit în cadrul Societății de Hipnoză Clinică din New Jersey.

Lynn D. Johnson, dr., este director al Centrului de Terapie Scurtă, Salt Lake City, Utah. Este și adjunct professor de psihologia educației la Universitatea Utah.

Carol Kershaw, doctor în educație, este unul dintre directorii Institutului „Milton H. Erickson” din Houston, Texas. Are un cabinet privat în Houston.

Richard E. Landis, dr., este director responsabil cu instruirea al Societății de Psihoterapie și Hipnoză Ericksoniană din Carolina de Sud.

Carol Lankton, absolventă de masterat în domeniul științelor umaniste, este terapeut marital și familial; are un cabinet privat în Pensacola, Florida; este consultant autorizat al Societății Americane de Hipnoză Clinică; de asemenea, predă abordări ericksoniene.

Stephen R. Lankton, absolvent de masterat în domeniul asistenței sociale, este terapeut licențiat în terapie maritală și familială, în Pensacola, Florida și președintele Comitetului American de Hipnoză pentru Asistență Socială Clinică. A primit Premiul Fundației „Milton H. Erickson” pentru Întreaga Carieră, pentru contribuțiile sale remarcabile în domeniul psihoterapiei.

William J. Matthews, dr., este profesor în cadrul Programului de Psihologie Școlară de la Universitatea Massachusetts, Amherst.

Robert B. McNeilly, licențiat în medicină, a practicat medicina în Melbourne, Australia, pînă ce, inspirat de întîlnirea cu doctorul M.H. Erickson, și-a deschis un cabinet de hipnoterapie și psihoterapie, în urmă cu 22 de ani. De asemenea, predă abordarea ericksoniană specialiștilor din domeniul medical.

Scott D. Miller, dr., este specializat în tratarea bolnavilor psihici fără adăpost și a altor populații defavorizate. Coordonează ateliere și ședințe de instruire pe tema activității clinice orientate spre client și spre rezultate.

Joyce C. Mills, dr., este supervizoare și profesor de ludoterapie în Kauai, Hawaii. Este și membră a consiliului director al Proiectului Turtle Island și face parte din comitetul consultativ al publicației *Shape Magazine*.

Jane A. Parsons-Fein, absolventă de masterat în domeniul serviciilor sociale clinice, este directoarea Institutului „Parsons-Fein" pentru Psihoterapie și Hipnoză, care integrează abordările hipnotice ale lui Milton Erickson și ale Virginiei Satir; coordonează un proiect de instruire la Stockholm, Suedia; este președinte emerit și cofondatoarea Societății „Milton H. Erickson" de Psihoterapie și Hipnoză din New York.

Maggie Phillips, dr., are un cabinet privat în Oakland, California; este director al Institutului de Hipnoză Clinică din California și secretar național al Societății Americane de Hipnoză Clinică, membră a corpului profesoral al Institutului Esalen și al celui al Universității California, Santa Cruz Extension.

Dirk Revenstorf, dr., predă în cadrul Institutului de Psihologie Clinică de la Universitatea Tübingen, Germania.

Michele K. Ritterman, dr., este adjunct professor la California School of Professional Psychology; are un cabinet privat.

Teresa Robles, dr., este președinta Societății Mexicane de Hipnoză și directoarea Centrului Ericksonian din Mexic. A

predat la Universitatea Națională și Universitatea Metropolitană din Ciudad de México și coordonează ateliere de hipnoză și psihoterapie ericksoniană și terapia familiei, atît în Mexic, cît și la nivel internațional.

Ernest L. Rossi, dr., este autorizat de Comitetul American de Examinatori în Psihologie Clinică. A primit Premiul Fundației „Milton H. Erickson" pentru Întreaga Carieră, pentru contribuțiile sale în domeniul psihoterapiei.

Alan W. Scheflin, licențiat în drept, este profesor de drept la Facultatea de Drept din cadrul Universității Santa Clara; a primit Premiul „Manfred S. Guttmacher" al Asociației Americane de Psihiatrie (1991, 1998).

Dan Short, absolvent de masterat în domeniul științelor exacte, este redactor-șef al buletinului *Newsletter* Milton H. Erickson și psiholog școlar în cadrul Highland Park ISD din Dallas, Texas. Este doctorand al Universității Massachusetts din Amherst.

Sandra M. Sylvester, dr., este fondatoarea Programului WarriorHeart din Sacramento, California, o organizație nonprofit care lucrează cu bolnavi cronici.

Bernhard Trenkle, licențiat în psihologie, este președintele Societății „Milton H. Erickson" din Germania și director al Institutului „Milton Erickson" din Rottweil, Germania. Are un cabinet privat în Rottweil. A primit Premiul Fundației „Milton H. Erickson" pentru Întreaga Carieră.

Catherine Walters, absolventă de masterat în domeniul științelor umaniste, are un cabinet privat în cadrul Maher Psychiatric Group, Springfield, Illinois.

R. Reid Wilson, dr., este profesor asociat de psihiatrie în cadrul Facultății de Medicină a Universității Carolina de Nord și director pe probleme clinice al *anxieties.com*.

Michael D. Yapko, dr., este directorul Institutului „Milton H. Erickson” din San Diego, California; are un cabinet privat.

Jeffrey K. Zeig, dr., este directorul Fundației „Milton H. Erickson” din Phoenix, Arizona.

Principii

Capitolul 1

Evaluarea în hipnoza și psihoterapia ericksoniene

Brent B. Geary

Asemenea tuturor celorlalte aspecte ale abordării ericksoniene, evaluarea este legată de utilizare. Aceasta este structura modelului ericksonian: utilizarea interconectată cu evaluarea. Terapeutul este un designer care adaptează tratamentul astfel încît să fie adecvat caracteristicilor individuale ale pacientului. Evaluarea pune la dispoziție criteriile pe baza cărora sînt modelate intervențiile, permițîndu-i clinicianului să decidă ce și cum anume să utilizeze.

Evaluarea ca proces

Erickson a estompat delimitările dintre evaluare și alte aspecte ale tratamentului. A demonstrat că evaluarea este un proces, nu o etapă statică. Evaluarea este continuă, se realizează pe tot parcursul terapiei. Practicienii ericksonieni sînt atenți la acest aspect de la contactul inițial cu un pacient și pînă la finalizarea tratamentului. Perspectiva evaluării stimulează o sortare permanentă a informațiilor (de exemplu, feedback de la pacient, modificări la nivelul rețelei sociale, conexiunile realizate de terapeut) și evaluarea elementelor ce nu vor mai fi folosite și a celor care urmează să fie integrate, în vederea atingerii obiectivelor terapeutice.

Principii esențiale

Evaluarea în cadrul ericksonian se bazează pe două axiome.

Totul poate fi utilizat

Erickson, desigur, era exemplificarea acestei afirmații. Se folosea de aspecte ale propriului său caracter și ale trecutului său, de dinamica relației terapeutice și de o multitudine de variabile asociate cu pacienții. Chiar și factorii negativi (de exemplu, rezistența, înțelegerea insuficientă, eșecuri anterioare ale tratamentului) deveneau materie primă în tehnicile lui Erickson (Haley, 1973). Activitatea sa ilustra multiplele dimensiuni din viața fiecărei persoane și ale

fiecărei întîlniri terapeutice care pot fi utilizate: timpul, spațiul, realul și imaginarul, speranțele, temerile, realizările, aptitudinile. Astfel, un aspect important al evaluării este menținerea unei perspective deschise și ample cu privire la nenumăratele posibilități de utilizare existente.

Nu totul va fi utilizat

Pur și simplu, există prea multe informații, prea multe experiențe care să fie urmărite și utilizate într-o anumită ședință sau pe parcursul întregului proces de tratament. Prin urmare, cel de-al doilea obiectiv esențial al evaluării este acela de a selecta aspectele contextului terapeutic ce promit să aibă cel mai mare impact la utilizare. Aceasta este măiestria artistică a evaluării; prin abordarea individualizată a tratamentului, fiecare terapeut va descoperi o diversitate de elemente care pot fi utilizate, pe baza cărora va crea o terapie adecvată unui anumit pacient.

Evaluarea tradițională

Hipnoza tradițională implică de obicei metode standardizate – teste de sugestibilitate hipnotică, pentru a stabili gradul în care persoanele pot reacționa sau vor reacționa la sugestii de alterare a percepției, memoriei și comportamentului (Kihlstrom, 1985; Weitzenhoffer și Hilgard, 1959, 1962). Acestea se bazează pe presupunerea că sugesti-bilitatea hipnotică este o caracteristică relativ stabilă a

oamenilor (Hilgard, 1965). Printre alte metode de evaluare psihologică apreciate ca importante în stabilirea modalității de integrare a hipnozei în psihoterapie se numără instrumentele psihometrice obiective, tehnicile proiective, interviurile structurate de diagnoză și declarațiile unor terțe persoane. De asemenea, practicienii de diverse orientări pot folosi metodologii de măsurare pentru a evalua anumite constructe teoretice pe care le consideră importante (de exemplu, forța eului, regresia, disocierea, nivelul de dezvoltare). Din acest punct de vedere, filosofia evaluării este oarecum diferită de cea a modelului ericksonian. În acest caz, evaluarea este considerată o etapă inițială a procesului terapeutic, urmată de tratament și de analizarea rezultatului.

Adepții modelului ericksonian nu evită neapărat informațiile obținute din surse standardizate. Totuși, instrumentele de evaluare a sugestibilității hipnotice, a personalității și a altor variabile nu ocupă un loc central în abordarea ericksoniană. Premisa este că oricine are procese mentale intacte poate beneficia de hipnoză, într-o anumită măsură. Măsura în care acest lucru este posibil e testată mai degrabă prin intervenție clinică decît prin aplicarea unei proceduri standard care să genereze un rezultat cuantificabil. Ca instrumente de autoevaluare, metodele obiective și proiective pot oferi informații valoroase; fără îndoială, mulți practicieni ericksonieni folosesc aceste instrumente, dar, în cadrul abordării ericksoniene, contextul principal al evaluării rămîn evoluția continuă a pacientului și gradul în care reacționează în cadrul relației psihoterapeutice.

Dimensiuni ale evaluării

O serie de domenii oferă informații valoroase, care îi ajută pe practicieni să răspundă la o întrebare dificilă: „Dacă nu pot utiliza totul, ce anume pot utiliza?”. Acestea includ diverse tipuri de variabile asociate cu pacientul, terapeutul și relația dintre ei, iar împreună alcătuiesc un ansamblu amplu, care poate fi valorificat în demersul evaluării.

Disponibilitatea pentru tratament

Motivația pentru tratament este de mult timp recunoscută drept una dintre variabilele cele mai importante în psihoterapie (Mann, 1973; Prochaska, DiClemente și Norcross, 1992). Două conceptualizări ale disponibilității pentru tratament sînt deosebit de concludente pentru organizarea acestei variabile complexe. Fisch, Weakland și Segal (1982) clasifică pacienții care se prezintă pentru terapie în „prospectivi”, „reclamanți” sau „clienți”. Gradul de motivare este stabilit de modul în care răspund pacienții, direct sau indirect, la două întrebări: „Aveți o problemă?” și „Sînteți dispus să faceți eforturi să rezolvați problema?”. Prospectivul răspunde „Nu” la ambele întrebări, reclamantul răspunde „Da” la prima, dar „Nu” la a doua, iar clientul răspunde afirmativ la ambele întrebări. Autorii evidențiază diverse strategii și proceduri de abordare a tuturor nivelurilor de motivare.

S-au identificat cinci etape pe care le parcurg de obicei oamenii atunci cînd trec printr-o schimbare personală

(Prochaska, 1991; Prochaska și DiClemente, 1992; Prochaska, DiClemente și Norcross, 1992). Prima etapă, precontemplarea, este definită de neconștientizarea sau conștientizarea insuficientă a problemelor, iar persoanele care trec prin această etapă nu intenționează să-și schimbe comportamentul în viitorul apropiat. Contemplarea se caracterizează prin „știi unde vrei să ajungi, dar nu ești încă pe deplin pregătit” (Prochaska, DiClemente și Norcross, 1992, p. 1103): a fi conștient de existența unei probleme și a lua în considerare o schimbare, însă fără a trece la acțiune. Persoanele care trec prin etapa a treia, pregătirea, își stabilesc măsuri comportamentale în vederea schimbării, dar nu trec la acțiuni propriu-zise. Etapa acțiunii implică timp și energie alocate modificării comportamentului și experienței, cu intenția fermă de a depăși problema (problemele). Etapa finală, menținerea, presupune consolidarea progresului și stabilizarea comportamentului, în vederea evitării recidivei. Prochaska a mai adăugat ulterior o etapă, finalizarea, care presupune „lipsa tentației de a iniția un comportament-problemă, precum și siguranța (autoeficiența) sută la sută că persoana nu va mai avea vechiul comportament, indiferent de situație” (1995, p. 253). Acești cercetători susțin „necesitatea evaluării etapei prin care trece clientul, sub aspectul disponibilității de a se schimba, și adaptarea intervențiilor în funcție de aceasta (Prochaska, DiClemente și Norcross, 1992, p. 1110). Există numeroase studii care le susțin recomandările, iar disponibilitatea pentru tratament este o variabilă de care ar trebui să țină cont toți terapeuții.

Așteptările

Așteptările sînt un factor decisiv pentru maniera în care pacienții răspund la tratament, mai ales în cazul hipnozei (vezi capitolul 3, de William Matthews, pentru mai multe detalii despre teoria așteptărilor). Totuși, așteptările pacienților legate de hipnoză sînt o sabie cu două tăișuri. Aspectul pozitiv este că impresiile favorabile privind posibilitățile pe care hipnoza le poate dezvălui în viața pacientului îi amplifică enorm receptivitatea față de intervențiile hipnotice. Pe de altă parte, așteptările nerealiste sînt cei mai mari dușmani ai hipnozei. Pacienții visează adesea că hipnoza oferă o schimbare esențială a caracterului, o modificare a tiparelor comportamentale de lungă durată într-o singură ședință și alte soluții magice. În cei 22 de ani în care a practicat hipnoza, autorului i s-a cerut ca hipnoza, de exemplu, „Să mă facă să nu mai mănînc”, „Să mă facă să-l pot împiedica pe soțul meu să mai consume cocaină” și „Să mă ajute să ating o stare a eului ce era prezentă înainte să învăț să vorbesc, astfel încît să pot învăța altă limbă, fără interferența limbii pe care o vorbesc deja”. Practicienii sînt datori să constate așteptările pacienților cu privire la hipnoză și să le modifice, dacă este necesar, astfel încît să fie realiste și realizabile. În caz contrar, terapia va dezamăgi aproape sigur ori va fi de-a dreptul un eșec.

Fenomene hipnotice

O serie de clinicieni (Geary, 1994; Gilligan, 1987; Wolinsky, 1991) au observat asemănări între stările hipnotice și procesele implicate în problemele psihologice și interpersonale. Mai precis, conștientizarea concentrată, specifică transei, este o trăsătură fundamentală a dificultăților care îi determină pe pacienți să apeleze la psihoterapie. Exemplele sînt numeroase: îngrijorările și ruminațiile depresiei, fixația asupra fricii și evitării, în tulburările de anxietate, retrăirea repetitivă a disputelor în relații și așa mai departe. Prin urmare, fundamentele comportamentale și perceptuale ale stărilor terapeutice de transă, fenomenele hipnotice, ar fi prezente și în alte situații asemănătoare transei, precum cele din tulburările emoționale și interpersonale.

Geary (1994) propune un sistem în care fenomenele de transă implicate în perpetuarea problemelor cu care se prezintă pacientul pot fi evaluate și utilizate. Din această perspectivă, se consideră că fenomenele hipnotice există în continuitățile experienței (*tabelul 1.1*).

Tabelul 1.1.
Continuitățile fenomenelor de transă

Regresia vîrstei - Progresia vîrstei
Amnezie - Hipermnezie
Anestezie - - - - - - - - - - - - - - - Analgezie - - - - - - - - - - - - Hipersensibilitate
Catalepsie - Flexibilitate/mișcare
Disociere - Asociere
Halucinație pozitivă - Halucinație negativă

Expansiunea timpului - Condensarea timpului
Sugestie posthipnotică - Sugestie prehipnotică

Diversele fenomene hipnotice reprezintă polii extremi ai majorității acestor continuumuri. Totuși, nu toate fenomenele hipnotice au drept complemente tot fenomene hipnotice. În aceste cazuri, au fost adăugate denumirile adecvate ale opusurilor respectivelor fenomene hipnotice (de exemplu, progresia vîrstei, hipersensibilitatea, flexibilitatea/mișcarea). Markerii comportamentali și perceptuali ai respectivelor fenomene hipnotice și ai complementelor lor sînt folosiți în mod figurat în acest sistem. De exemplu, deoarece halucinația pozitivă este creația experienței perceptuale care nu e reală, fanteziile din gelozie pot fi considerate reprezentări metaforice ale halucinațiilor pozitive. Este clar că o definire strictă, în sens psihiatric, a halucinațiilor pozitive nu va include asemenea experiențe interne. Astfel, definițiile fenomenelor hipnotice trebuie lărgite oarecum, pentru ca aceste clasificări să aibă utilitate clinică. O examinare a fenomenelor de transă din perspectivă figurativă permite evaluarea problemelor dintr-un unghi nou. Pacienții se prezintă adesea în stări de „blocaj” (cataleptice), mînioși (hipersensibili), neliniștiți (progresia vîrstei), în general incapabili să acceseze (fiind disociați de acestea) resursele care le-ar permite să-și atingă obiectivele în viață.

Un avantaj al acestui sistem este faptul că elementele problemei sînt translatate imediat în procesul hipnotic. În utilizarea clinică, practicianul decide care dintre fenomenele vizate de intervenție (întotdeauna, în orice problemă, vor fi implicate multiple fenomene de transă) oferă cel mai mare potențial pentru schimbare. Uneori, un fenomen specific unei

probleme va fi utilizat izomorfic, adică sub aceeași formă. De exemplu, o persoană geloasă poate fi încurajată să continue crearea unor halucinații pozitive, dar va fi instruită să le transforme în scenarii mai benigne. Alteori, complementele fenomenelor problemei sînt mai promițătoare în vederea implementării schimbării la nivelul simptomului (simptomelor). Pot fi folosite metafore orientate spre acțiuni, care încurajează mișcarea, de exemplu, în tratamentul unei persoane retrase, inactive, deprimate. Această abordare asociază evaluarea și utilizarea încă de la începutul terapiei.

Variabilele pacientului

Toți pacienții aduc puncte forte, limitări și expresii stilistice unice în cadrul întîlnirii terapeutice. În general, metoda ericksoniană caută să identifice și să utilizeze resurse, ocolind sau integrînd limitările. Prin urmare, atît capacitățile, cît și restricțiile trebuie evaluate în vederea formulării unui plan de tratament realist.

Zeig (în Robles, 1991) oferă un ansamblu detaliat de criterii de evaluare, care se axează pe modalitățile pacienților de a interacționa atît cu medii interne, cît și externe. De exemplu, unii dintre ei preferă stilurile liniare sau de tip mozaic de procesare a informațiilor, iar alții amplifică sau diminuează experiențele. Zeig recomandă ca derularea interviurilor să aibă drept scop evaluarea acestor variabile, precum și a altora – de exemplu, pentru a stabili dacă procesele atenționale sînt concentrate sau difuze, dacă pacienții tind să fie intrapunitivi sau extrapunitivi și dacă absorb sau emit, în contexte

relaționale. Informațiile obținute prin aceste „evaluări ale acțiunilor” au scopul „de a-l direcționa pe terapeut, oferindu-i date cu privire la modul în care pacientul «tratează» problema”.

Erickson părea să țină cont în mod deosebit de aptitudinile pacienților, încercînd să transforme talentele existente în potențiale soluții pentru rezolvarea problemelor. De asemenea, a cercetat referenții experiențiali, momente din trecutul pacientului care ar putea fi reluate la nivelul memoriei și/sau al acțiunii, pentru a depăși dificultăți din prezent. Și Haley (1973) a evidențiat abilitatea lui Erickson de a evalua nivelurile evolutive, tranzițiile și obstacolele din viața pacienților săi. Un alt domeniu al evaluării, identificarea funcției unui simptom, a fost perfecționat în cadrul terapiei de familie, dar este cu siguranță adecvat și proceselor terapeutice individuale și de cuplu.

Variabilele terapeutului

Evaluarea este prezentată adesea drept o preocupare unilaterală, al cărei unic scop este investigarea pacientului. Totuși, deoarece în relația terapeutică sînt implicate minimum două persoane, evaluarea trebuie să fie un parcurs cu dublu sens. E necesar ca terapeutul să se autoevalueze, pentru a stabili dacă este calificat să trateze un anumit pacient, care sînt reacțiile provocate de acesta și care sînt aptitudinile sale cele mai potrivite pentru o situație anume.

Terapeutul poate recurge și la exemplele unor foști pacienți cu probleme și stiluri asemănătoare, care l-ar putea

ajuta să stabilească ce este benefic ori eficient în situația actuală. Pe parcursul ședințelor, terapeutul poate realiza covalențe extrem de valoroase. Acesta poate fi atent la teme (de exemplu, luptă, speranță, persistență/desprindere), simboluri (de exemplu, „Gaura asta din stomacul meu”) și metafore (de exemplu, „E ca și cum m-aș afla într-un tren care merge cu viteză și nu pot găsi maneta de frînare”) pentru a-și îmbogăți paleta de abordări care i-ar putea fi utile pacientului. Conștientizarea permanentă a experiențelor profesionale și a reacțiilor personale ale terapeutului ar trebui să constituie o parte integrantă a oricărui proces de evaluare.

Relația terapeutică

Importanța evaluării continue a dinamicii relației terapeutice nu poate fi subliniată îndeajuns. Rolul esențial al unei alianțe terapeutice pozitive în crearea unui fundament pentru eficiența tehnicilor a fost evidențiat de practicieni eminenți din toate orientările psihoterapeutice. Un mare număr de studii oferă o susținere solidă a acestei afirmații (Orlinsky, Grawe și Parks, 1994). Deoarece hipnoza grăbește și intensifică adesea procesul relațional, practicianul trebuie să monitorizeze maniera în care apar și evoluează variabilele relaționale. De exemplu, încrederea în terapeut este extrem de importantă pentru ca pacienții să asimileze și să utilizeze procesele hipnotice la potențialul lor maxim. Așadar, înainte de a iniția hipnoza, este bine ca terapeuții să țină cont de nivelul de încredere prezent față de terapie. Comunicarea empatiei, a respectului și a sincerității, acele calități pe care

Rogers le-a identificat cu foarte mult timp în urmă ca fiind esențiale pentru stimularea schimbării, sînt la fel de relevante și în prezent și este esențial ca practicianul ericksonian să le evalueze în timpul procesului terapeutic.

Valori

Cîteva studii semnate de Shalom Schwartz și colaboratorii săi (Schwartz, 1992, 1994; Schwartz și Bilsky, 1987) sistematizează cercetarea valorilor, mărind disponibilitatea utilizării acestora în terapie. Deoarece valorile „ghidează selecția sau evaluarea comportamentului și a evenimentelor” (Schwartz și Bilsky, 1987, p. 551), ele sînt tot mai importante în geneza și menținerea problemelor și constituie forțe puternice care stimulează schimbarea. Opera lui Erickson abundă în exemple de moduri în care discerne valorile asociate cu pacienții și le utilizează în vederea atingerii obiectivelor terapeutice (Geary, 1998). Evaluarea valorilor îi permite terapeutului să cerceteze amănunțit motivațiile și semnificațiile evidente din viața pacienților. Analiza valorilor oferă informații esențiale privind modalitățile prin care terapia poate fi direcționată spre ceea ce este cel mai important pentru o anumită persoană. De exemplu, strategiile hipnotice pentru o persoană cu orientare hedonistă vor fi foarte diferite de cele elaborate pentru a ajuta pe cineva care pune accent pe tradiție și conformism. Sherman (1988) a pus în discuție modalități prin care Erickson a integrat principii psihologice sociale în terapie. Studiul comprehensiv al valorilor dezvăluie o altă modalitate prin care psihologia socială pune la dispoziție

cunoștințe utile, pe care practicienii le pot folosi în beneficiul pacienților lor.

Metode directe și indirecte

Deoarece evaluarea clinică este orientată spre formularea intervențiilor terapeutice, încă de la inițierea contactului cu pacientul, practicianul ericksonian adună informații cu ajutorul cărora va alege o anumită abordare în terapia persoanei respective. Erickson a apelat atît la tehnici directe, cît și indirecte, deși acestea din urmă au fost evidențiate în studiile vizînd abordarea sa. Într-adevăr, în orientarea ericksoniană nu prea găsim indicații clare asupra contextelor în care sînt adecvate diversele metode din categoria directă și indirectă, din perspectivă terapeutică. Considerăm că următoarele recomandări pentru utilizarea metodelor directe și indirecte sînt utile în evaluarea abordărilor alternative. Este dovedit faptul că sugestiile directe și indirecte sînt la fel de eficiente în cercetarea hipnozei (Lynn, Neufeld și Maré, 1993) și că practicienii ericksonieni folosesc de fapt o combinație a acestor tehnici. De asemenea, să reținem că indicațiile se bazează mai degrabă pe experiența clinică și pe dovezi empirice decît pe studii bine controlate. În plus, deoarece au în mod necesar un caracter general, în anumite cazuri ar putea să nu fie întru totul valabile.

Stilul atribuțional al pacientului

Unii oameni sînt de părere că mediul extern le influențează comportamentul. Ei consideră că reacționează la forțe care exercită presiuni asupra lor dinspre exterior. Alții au o perspectivă diferită, susținînd că sînt agenți activi, care controlează în orice moment ce anume decid să facă. Maniera în care un pacient atribuie controlul și influența poate fi un considerent important în alegerea abordării care va fi utilizată. Deoarece terapeutul face parte din mediul exterior, persoanele care au un stil extern pot reacționa mai bine la metode clare și directe, al căror scop este să îi influențeze în direcții pozitive. Invers, cei care consideră că este prerogativa lor să decidă ce și cînd anume să facă se pot adapta mai bine la o abordare indirectă, în care terapeutul oferă mai degrabă posibilități de acțiune decît reguli vizînd modul de comportare.

Stilul cognitiv al pacientului

În general, oamenii care au o gîndire concretă reacționează mai bine la o comunicare directă, care vizează așteptări și scopuri, iar cei care au un stil abstract de a raționa reușesc să perceapă mai bine mesaje care pot fi integrate în comunicări metaforice. Terapia ar trebui să fie elaborată astfel încît să vizeze necesități specifice și să consolideze motivația pacientului, la nivelul optim, ținînd cont de modalitatea sa de a înțelege. Terapeuții pot evalua felul în care pacienții procesează informațiile, pentru o comunicare a semnificațiilor terapeutice mai eficientă și cît mai apropiată de preferințele acestora.

Stilul terapeutului

În spiritul autoevaluării, clinicienii trebuie să știe care le sînt stilurile preferate. Unii practicieni nu obișnuiesc să-și abordeze pacienții în mod direct, alții consideră dificilă comunicarea abstractă, anecdotică sau metaforică. Deși anumite metode pot fi deprinse și este bine ca terapeuții să-și însușească un arsenal de tehnici terapeutice cît mai amplu posibil, ar trebui să rămînă fideli acelor preferințe stilistice care le vor permite să mențină contactul uman esențial, mai degrabă decît să aplice pur și simplu niște tehnici.

Rolul pe care pacientul vrea să-l joace terapeutul

Pacienții apelează la terapie dintr-o multitudine de motive și își doresc diverse forme de interacțiune cu terapeutul. Unii vor îndrumare, alții sfaturi, iar alții caută căldura unei relații afectuoase. La nivel simbolic, pacienții caută terapeuți care le vor fi părinți, profesori, prieteni, companioni etc. Deoarece, mai presus de toate, psihoterapia înseamnă oferirea unui serviciu, este adecvat ca practicienii să-și asume rolul dorit de pacienți. Acest lucru poate ghida atitudinea terapeutului în cadrul relației. Dacă pacientul vrea ca terapeutul să aibă rol de consultant, sînt adecvate metodele indirecte, în alte cazuri putînd fi relevante cele directe, dacă clientul vrea să primească sfaturi și să fie îndrumat.

Pacienți temători/îngrijorați

Domeniul hipnozei abundă în mituri și concepții greșite. Mulți pacienți care se gîndesc să opteze pentru hipnoză sînt

îngrijorați de ceea ce li s-ar putea întîmpla. Este rezonabil și constituie o dovadă de respect să fim relativ direcți cu astfel de pacienți, în primele etape ale terapiei hipnotice. Mesajele transmise clar pot contribui la diminuarea temerilor și permit sugestiilor să fie mai eficiente. În felul acesta, alte variabile capătă importanță mai mare în modelarea abordării terapeutice.

Situații de criză

Metodele indirecte sînt contraindicate mai ales în situații în care pacienții manifestă sau trăiesc circumstanțe copleșitoare. Persoanele aflate într-o criză sînt într-o stare de receptivitate sporită și reacționează destul de repede la comunicarea directă. Cînd specificul copleșitor al situației se diminuează, metodele indirecte pot deveni mai utile.

Gradul de rezistență anticipat sau întîmpinat

Se consideră că metodele indirecte sînt de obicei deosebit de utile în cazul pacienților care prezintă rezistență la tratament (Zeig, 1980), deși ericksonienii ignoră adesea faptul că nici ele nu au fost de fiecare dată eficiente. Pe parcursul evaluării, clinicianul poate testa nivelul de responsivitate și/sau rezistență atît față de metodele directe, cît și indirecte. Astfel, rezistența la intervenții poate fi minimalizată sau ocolită, prin intermediul unor alegeri subiacente vizînd metoda folosită.

Menținerea autorității în relația terapeutică

Dacă unui subiect i se spune sub hipnoză că se va întîmpla un anumit lucru, iar faptul nu se adeverește, eșecul va fi atribuit fie inadecvării pacientului, fie inadecvării terapeutului, astfel încît, din această perspectivă, metodele directe sînt adesea mai riscante. Dacă există incertitudini cu privire la apariția unui răspuns, este mai bine ca acesta să fie prezentat drept o posibilitate, cu alte cuvinte, prin intermediul unei sugestii indirecte. Pe de altă parte, credibilitatea unui terapeut sporește dacă acesta îi spune subiectului hipnozei că se va întîmpla ceva și acel lucru într-adevăr se întîmplă. Prin urmare, în situații în care există o așteptare intensă cu privire la apariția unei experiențe, sugestiile directe dau în general rezultate bune. Printre manifestările cu grad ridicat de probabilitate în hipnoză se numără relaxarea (modificări la nivelul respirației, al tonusului muscular și așa mai departe), modificări la nivel perceptual (de exemplu, alertă sporită, analgezia și anestezierea), catalepsia și amnezia spontană, pe durata anumitor segmente ale ședinței hipnotice. Printre manifestările cu grad mai redus de probabilitate se numără amnezia specifică, levitația brațului, rememorarea țintită și halucinațiile. Terapeutul își sporește oportunitățile de a-și menține autoritatea terapeutică sugerînd despre manifestările cu grad redus de probabilitate că *este posibil* sau *ar putea* surveni și că *vor surveni* modificări cu grad ridicat de probabilitate.

Obiectivele tratamentului

Pe măsură ce se obțin informații cu privire la specificul și istoricul problemei, la semnificația acesteia pentru pacient și la alte aspecte importante, terapeutul și pacientul încep să identifice obiective ale terapiei (deși, desigur, pacientul le poate formula încă de la primele ședințe). La fel ca în cazul așteptărilor legate de hipnoză, obiectivele pacientului trebuie adesea clarificate, reformulate și/sau negociate. Pacienții au adesea obiective de înțeles, totuși nerealiste, pentru ședințele terapeutice (de exemplu, „Nu vreau să mai simt niciodată această anxietate”). Terapeuții se orientează spre menținerea a două obiective. Fiecare ședință are un anumit obiectiv a cărui atingere are un rol cumulativ în vederea realizării obiectivului de ansamblu al întregului proces terapeutic. Ambele trebuie să fie realiste și realizabile. Terapeutului îi revine sarcina de a formula obiectivele finale posibile, care promovează tipurile de schimbări dorite de pacient.

Alte variabile

Considerațiile de mai sus nu constituie o serie exhaustivă de factori care pot fi evaluați în procesul psihoterapeutic. Unii practicieni ericksonieni consideră că variabilele asociate cu familia de origine (de exemplu, ordinea nașterii fraților, regulile și rolurile familiale, secretele de familie) exercită o mare influență în apariția și menținerea problemelor și, prin urmare, sînt utile în cadrul tratamentului. Pe Erickson îl interesa dacă pacienții săi au crescut în medii urbane sau rurale și utiliza drept context al terapiei temperamentele

despre care considera că rezultă astfel (Zeig, 1985). Se pot obține informații esențiale dacă pacienții sînt întrebați despre modalitățile în care se schimbă, de obicei, cum cred că va fi rezolvată problema (problemele) lor, care au fost momentele din trecut în care au depășit situații dificile și care sînt punctele lor forte și resursele personale considerate utile pentru a realiza ceea ce își doresc. Orice aspect abordat pe parcursul evaluării constituie un material care poate fi utilizat, așa că trebuie luat în calcul.

Exemplu de caz

Rhonda, o femeie de 36 de ani, căsătorită, cu doi copii, a apelat la ajutor pentru tratarea depresiei. A spus că disforia o face să se simtă „blocată, nu poate ajunge nicăieri"; era „desprinsă" de viața ei, de familie și de serviciu: „Mi se pare că nu mai simt diverse lucruri așa cum le simțeam". A prezentat o relatare secvențială, cronologică, a unei serii de evenimente cu care se confruntase în ultimii șase ani și care îi înrăutățiseră starea. Rhonda a recunoscut că avea tendința de „a fi foarte afectată" de eveniment, că tindea să interpreteze remarci ale altora drept critici și că se gîndea la acestea „zile în șir". Întrebată ce anume era cel mai deranjant la depresia ei, a răspuns: „Cred că este vorba doar despre faptul că nu mă simt bine în general, simt că nu am energie. Nu par să mai am aceeași motivație de a mă implica în creșterea copiilor și de a-i ajuta, față de cum obișnuiam înainte". Mai făcuse

psihoterapie, dar „doar stăteam de vorbă. M-am săturat să vorbesc. Vreau să trăiesc ceva, să simt ceva”. Rhonda lua medicamente și considera că o ajutau într-o oarecare măsură; era interesată de hipnoză: „Poate mă va ajuta să mă simt mai energică, mai însuflețită. Vreau să mă concentrez la ceea ce îmi face bine, la ce vreau să fac pentru mine însămi. Vreau să mă simt mai bine atunci cînd mă gîndesc la viitor. Aș considera că am succes dacă aș reuși să progresez de la 5 la 7 [pe o scală de la 1 la 10], în ce privește starea mea”.

Din acest rezumat al primei sale ședințe, putem distinge o serie de aspecte ale evaluării tratate în acest capitol, ce influențează maniera în care s-a efectuat hipnoza. Descrierea făcută de această pacientă – „blocată”, „nu ajung nicăieri” – este o reprezentare clasică a catalepsiei. În plus, Rhonda avea sentimentul disocierii (desprinderea de viață, de familie și de serviciu) și amorțirii la nivel emoțional, după cum arată nemulțumirea ei referitoare la faptul că „nu mai simt la fel”. Și regresia vîrstei era implicată în felul Rhondei de a relata evenimentele care cauzaseră înrăutățirea stării ei. Părea că are așteptări favorabile și realiste cu privire la hipnoză; toate obiectivele ei erau cu siguranță de competența acestei metode. Rhonda prezenta un stil liniar, absorbant (conform criteriilor lui Zeig) și o deranja îndeosebi maniera în care depresia îi afectase capacitatea de a se bucura de viață („hedonism”, în sistemul de valori al lui Schwartz) și de a rămîne iubitoare și utilă („bunăvoință”) față de copiii ei. Stilul atribuțional al Rhondei avea tendința să fie extern; stilul ei cognitiv era ușor abstract. Își dorea ca terapeutul să joace rolul cuiva care facilitează; nu părea să existe vreo rezistență. Rhonda părea pregătită pentru tratament.

Prima ședință de hipnoză a presupus o abordare care implica intervenții complementare pentru catalepsie, disociere, amorțeală și regresia vîrstei. S-a apelat la o combinație de metode directe și indirecte, ținînd cont atît de stilul ei atribuțional extern, cît și de capacitatea ei de a extrage idei abstracte din analogii și narațiuni. Inducția hipnozei a fost realizată în manieră secvențială (utilizînd stilul de procesare liniar), abordînd sistemele senzoriale rînd pe rînd, cu relaxarea progresivă a corpului. Rhondei i s-a sugerat să se bucure pe deplin de varietatea de senzații și de imagini „din acest loc”, pronunțat oarecum nedeslușit, pentru a suna mai degrabă ca „disloc”, un joc de cuvinte folosit pentru a evoca senzația ei de desprindere pe care o descrisese ca experiență a depresiei. Rhondei i s-a amintit că multe dintre lucrurile pe care le auzea și le trăia „o vor însoți zile în șir”, astfel încît să le analizeze și să personalizeze materialul în propria ei existență. Folosind progresia vîrstei, Rhondei i s-a cerut să se imagineze la un moment dat în viitor, admirînd realizările copiilor ei și recunoscîndu-și rolul esențial în dezvoltarea lor. De asemenea, i s-a sugerat faptul că mintea ei inconștientă „o poate deplasa de la scorul de 5 la 6; inconștientul poate face asta cu ușurință. Iar dacă te poate deplasa de la 5 la 6, cu siguranță te poate ajuta să evoluezi de la 6 la 7”.

Au fost oferite sugestii posthipnotice care să îi permită Rhondei să se simtă tot mai conectată cu viața ei, cu familia și cu serviciul și care să permită stării de bine pe care o simțise în timpul hipnozei să se extindă asupra activităților ei cotidiene. Au fost inserate cîteva analogii scurte cu privire la subiectul „conexiunii” (de exemplu, vagoanele unui tren, energia magneților care se atrag). Rhonda a ascultat

înregistrarea audio a ședinței de hipnoză aproape zilnic. S-a declarat foarte satisfăcută de rezultate și, în următoarele șase luni, a făcut progrese constante. Ședințele de hipnoză ulterioare s-au bazat pe informațiile derivate din evaluarea inițială și au inclus comentariile ulterioare ale Rhondei.

Evaluarea procesului

Evaluarea nu se încheie cu adevărat niciodată. Evaluarea inițială oferă punctul de plecare al psihoterapiei. Clinicienii continuă însă să evalueze nivelul de responsivitate al pacienților, atît în sala de consultație, cît și prin intermediul rapoartelor vizînd experiențele din intervalele cuprinse între ședințe. Deoarece în general terapia constă în ședințe multiple, se acordă o atenție sporită măsurii în care tratamentul facilitează schimbarea în direcția dorită. Fie că sînt utilizate metode hipnotice sau alte metode, evaluarea procesului terapeutic promovează ajustările permanente și perfecționarea utilizării acestora. Desigur, evaluarea cea mai importantă survine cînd pacienții decid dacă și-au atins sau nu obiectivele terapeutice. În caz afirmativ, evaluarea conduce la încheierea tratamentului. În caz contrar, ciclul evaluării este reluat.

Concluzie

Utilizarea este „combustibilul” care alimentează psihoterapia ericksoniană, vehiculul care le permite terapeuților și pacienților să parcurgă distanțe mari în ce privește schimbarea și evoluția. Evaluarea este mecanismul prin care gama adesea descurajant de amplă de posibilități de utilizare poate fi redusă și individualizată. Evaluarea și utilizarea se află într-o relație reciprocă: evaluarea aprofundată perfecționează metodele utilizate, iar acestea, la rîndul lor, oferă mai mult material pentru evaluare. Principiul revoluționar al utilizării propus de Erickson continuă să aibă ecou în domeniul psihoterapeutic. Acesta promovează conceptualizarea evaluării ca temă perpetuă în procesul psihoterapiei. Este la fel de important în utilizare ca melodia pentru un cîntec.

Elemente esențiale

► Evaluarea începe odată cu primul contact între terapeut și pacient.

► Evaluarea nu se încheie decît la finalul terapiei.

► Orice poate fi utilizat; orice poate fi evaluat.

► Autoevaluarea terapeutului este la fel de importantă ca evaluarea pacientului.

► Evaluarea și utilizarea sînt inseparabile.

Bibliografie

Fisch, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1982). *The tactics of change.* San Francisco: Jossey-Bass.

Geary, B.B. (decembrie 1994). Utilizarea sistematică a fenomenelor hipnotice în hipnoza şi psihoterapia ericksoniană. Prezentată în cadrul Congresului Internaţional pe tema abordărilor ericksoniene ale hipnozei şi psihoterapiei, ediţia a VI-a, Century City, CA.

Geary, B.B. (mai 1996). Principii generale în utilizarea metodelor directe şi indirecte în psihoterapia hipnotică. Prezentată la Congresul Internaţional pe tema hipnozei şi a stărilor de conştiinţă modificate, Roma, Italia.

Geary, B.B. (noiembrie 1998). Utilizarea valorilor în hipnoza şi psihoterapia ericksoniene. Prezentată în cadrul Congresului European pe tema hipnozei şi psihoterapiei ericksoniene, ediţia a III-a, Veneţia, Italia.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Hilgard, E.R. (1965). *Hypnotic susceptibility.* New York: Harcourt, Brace & World.

Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology,* 36, 385-418.

Lynn, S.J., Neufeld, V., Mare, C. (1993). Direct versus indirect suggestions: A conceptual and methodological review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* 41(2), 124-152.

Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Orlinsky, D.E., Grawe, K., Pares, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – *Noch einmal.* În A.E. Bergin, S.L. Garfield (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (ed. a IV-a). New York: Wiley.

Prochaska, J.O. (1991). Prescribing to the stages and levels of change. *Psychotherapy*, 28, 463-468.

Prochaska, J.O. (1995). Common problems – common solutions. *Clinical Psychology:Science and Practice*, 2, 101-105.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. În M. Hersen, R.M. Eisler, P.M. Miller (eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore Press.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992). In search of how
people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Robles, T. (ed.) (1991). *Terapia cortada a la medida. Un seminario Ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. Mexic: Alom Editores.

Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, theory, and implications*. Chicago: Houghton-Mifflin.

Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.

Schwartz, S.H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45.

Schwartz, S.H., Bilsky, W. (1987). Toward a psychological structure of human values. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 550-562.

Sherman, S.J. (1988). Ericksonian psychotherapy and social psychology. În J.K. Zeig, S.R. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art.* New York: Brunner/Mazel.

Weitzenhoffer, A.M., Hilgard, E.R. (1959). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Weitzenhoffer, A.M., Hilgard, E.R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C.* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Wolinsky, S. (1991). *Trances people live.* Falls Village, CT: Bramble.

Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 2

Inducția hipnotică

Jeffrey K. Zeig

Introducere

Inițierea inducției hipnotice seamănă oarecum cu încurajarea dragostei. Nu se poate provoca o stare emoțională, cum ar fi dragostea, intonînd: „Îndrăgostește-te profund”. La fel, nu se poate provoca hipnoza cerîndu-i unui pacient pasiv: „Intră în transă profundă”.

Observați un cuvînt esențial în fraza anterioară, *a provoca*. Hipnoza este provocată, nu este indusă (în pofida denumirii care include termenul „inducție”). Ernest Rossi (1976) prezenta convingător modelul provocării într-o serie de cărți scrise în colaborare cu Milton Erickson, printre care se numără și *Hypnotic Realities*. Cuvîntul „inducție” evocă imaginea implantării sugestiilor unui pacient pasiv. Provocarea vizează esența procesului. Hipnoterapeutul

creează condițiile care îi permit pacientului să aducă la suprafață componente ale transei pînă atunci inactive.

Hipnoza tradițională

Înainte de a descrie progresele abordării ericksoniene, voi analiza modelul tradițional, bazat pe cinci etape parcurse liniar: *preinducția*, *inducția*, *aprofundarea*, *terapia* și *finalizarea*. O tehnică preferată este sugestia directă. În continuare, le vom descrie pe scurt.

În etapa *preinducției*, operatorul stabilește raportul, diagnostichează problema, demistifică hipnoza și folosește teste clasice de sugestibilitate pentru a stabili capacitatea hipnotică a pacientului.

În etapa *inducției*, operatorul folosește în general un scenariu preferat de hipnoză, bazat preponderent pe sugestii de relaxare și fascinație.

În etapa *aprofundării*, hipnotizatorul intensifică experiența prin tehnici precum sugestia directă („Mergi tot mai în profunzime”); numărătoarea („În timp ce număr de la 1 la 10, te vei adînci cu o zecime mai mult la fiecare număr”); și imaginile (de exemplu, „scena de la plajă” sau „metoda scării”). De asemenea, poate fi sugerată o provocare, cum ar fi: „Ai ochii închiși, lipiți, încearcă să-i deschizi; vei constata că nu poți”.

În etapa *terapiei*, hipnotizatorul oferă sugestii directe, de obicei pozitive („Te vei relaxa într-un avion”) sau negative

(„Țigările vor avea gust rău”).

În etapa *finalizării*, hipnotizatorul reorientează pacientul, îi oferă sugestii de consolidare a eului („Ești o persoană minunată, capabilă să facă multe lucruri pe cont propriu”) și restabilește raportul. În etapa inducției, a aprofundării și a terapiei, în mod implicit, raportul se stabilește cu mintea inconștientă.

Inducția tradițională este liniară. Constituie o modalitate de declanșare a transei.

Modelul ericksonian este bazat pe pacient și este flexibil. Are o structură mai degrabă mozaicată, pe mai multe niveluri, decît liniară. Pentru a înțelege avantajul ericksonian, trebuie să înțelegem fenomenologia transei.

Caracteristicile transei

Continuînd analogia anterioară, cînd un îndrăgostit vrea să-i inspire sentimente de dragoste unui partener, el sau ea face acest lucru pregătind un cadru și decorîndu-l cu anumite obiecte de recuzită. De exemplu, un bărbat îi poate oferi iubitei flori, poeme și poate face alte gesturi romantice. Ca reacție, obiectul afecțiunii sale poate manifesta sentimente de tandrețe față de persoana îndrăgostită.

Dragostea poate fi considerată un ansamblu de componente fenomenologice specifice, printre care se numără respectul, admirația, dorința sexuală, fascinația și atașamentul. Pentru a stimula fenomenologia iubirii, persoana îndrăgostită pregătește un cadru, dar în același timp

acționează în moduri care permit apariția componentelor fenomenologice ale iubirii.

Se poate considera că misiunea care îi revine hipnotizatorului este asemenea celei unui „scenograf” care montează decoruri în teatrul psihosocial al pacientului, pentru a stimula apariția componentelor fenomenologice vizate.

Fenomenologia hipnozei

Care sînt caracteristicile fenomenologice ale hipnozei? Pacienții hipnotizați cărora li se cere să-și analizeze experiența menționează o serie de componente fenomenologice, printre care se numără:

• schimbări la nivelul atenției,
• modificări ale intensității,
• senzații de disociere,
• modificări la nivelul responsivității (*cf.* Zeig, 1988).

Cele patru categorii nu sînt exhaustive. Pacienții hipnotizați relatează adesea alte experiențe, cum ar fi senzațiile vagi de mistificare și de irealitate. O caracteristică suplimentară a transei este o restricție socială, care include definirea unei anumite situații drept „hipnotică” (Barber, 1969). O asemenea definire a situației poate modifica felul în care subiectul hipnozei resimte experiența oferită de hipnotizator.

Deoarece cele patru categorii menționate mai sus predomină, ele ar putea fi considerate principalele caracteristici fenomenologice ale hipnozei. Factorii suplimentari (și alții) pot fi considerați factori fenomenologici secundari. Ce anume constituie în mod experiențial caracteristicile primare și secundare ale hipnozei depinde de interacțiunea dintre orientarea pacientului și cea a clinicianului.

Clinicianului îi revine rolul de a înțelege fenomenologia hipnozei aferentă pacientului, în vederea structurării celei mai eficiente inducții. Prin urmare, cele patru caracteristici esențiale vor fi descrise detaliat.

Schimbări la nivelul atenției

Atenția este modificată de obicei sub două aspecte: este direcționată la nivel intern și se stimulează concentrarea ei. Există situații clinice în care hipnoza este indusă cel mai bine stimulîndu-se atenția difuză și externă, dar acestea depășesc obiectivele prezentului capitol. Deși este mai potrivit să vorbim despre schimbări la nivelul atenției, incluzînd astfel posibilitatea atenției difuze și externe, majoritatea pacienților, cînd li se cere să-și descrie procesul atențional în hipnoză, indică faptul că și-au direcționat atenția la nivel intern și că atenția le era mai degrabă fixă decît oscilantă.

Modificări ale intensității

Există două direcții în care poate fi modificată intensitatea – poate fi sporită sau diminuată. Pacienții hipnotizați relatează adesea o senzație de vioiciune sporită – de exemplu, o relaxare intensă. De asemenea, pot raporta alte experiențe senzoriale intense, cum ar fi modificări ale simțului tactil, vizual, auditiv, proprioceptiv și chimic (gustul și mirosul). Senzațiile corporale pot fi mai intense, sunetele pot fi mai impresionante, experiența trecerii timpului poate fi mai puternică și așa mai departe.

Totodată, pacienții hipnotizați pot raporta lipsa pregnantă a experiențelor din orice sferă senzorială. Un pacient poate relata că nu conștientizează imaginile, sunetele, mirosurile, gusturile, senzațiile tactile sau poziția membrelor în spațiu. În plus, pot surveni distorsiuni senzoriale. Membrele pot părea mai mari sau mai mici. Sunetele pot să pară mai apropiate sau mai îndepărtate.

Disocierea

Disocierea are două aspecte: senzația de a fi „integrat sau desprins” de experiență și senzația de automatism, cînd experiențele „pur și simplu se întîmplă”. Pacienții hipnotizați relatează adesea: „Eram aici, în încăpere, dar eram *acolo*, cufundat în fantezia mea”. Pacienții hipnotizați mai pot avea senzația de automatism la nivel mental sau fizic. De exemplu, imaginile sau amintirile „pur și simplu pot să apară”, la fel și mișcările – de pildă, levitarea brațului.

Modificări la nivelul responsivității

Pacienții hipnotizați reacționează adesea la o sugestie mai nuanțată –la insinuări și aluzii. Acest tip de comportament a fost caracterizat drept reacție la stimuli minimali. De exemplu, dacă hipnoterapeutul propune: „Te poți afunda cu capul înainte în transă”, subiecții hipnotizați își pot mișca înainte capul, ca reacție la sugestia formulată.

De asemenea, pacienții hipnotizați se lansează adesea într-o căutare detaliată a semnificației, activînd o căutare internă a sensului personal și experiențial din propunerile hipnotizatorului. Dacă, de exemplu, terapeutul spune o poveste ambiguă, subiecții hipnotizați tind să o personalizeze într-o măsură mai mare decît ar face-o în mod obișnuit, în stare de veghe.

Este dificil de știut care este fenomenologia exactă ce l-ar face pe un anumit pacient să declare „Sînt hipnotizat”. Se poate presupune că, într-o situație hipnotică, dacă pacientul raportează toate cele patru caracteristici fenomenologice primare, va fi de acord că este hipnotizat. Totuși, unii pacienți pot prezenta doar una dintre caracteristicile fenomenologice, raportînd totuși hipnoza. Nu trebuie decît să-și concentreze atenția la nivel intern și pot spune că s-au aflat în transă hipnotică. Măiestria hipnotizatorului include și capacitatea de a stabili ce caracteristici fenomenologice sînt suficiente pentru ca un anumit pacient să indice existența transei.

După cum am precizat anterior, misiunea hipnotizatorului este să monteze „decoruri” pe „scena” psihosocială a unui pacient, astfel încît acesta, „jucîndu-se” cu ele, să își activeze propria fenomenologie hipnotică. Cînd inițiază transa la un

pacient nou, terapeutul poate plasa toate cele patru „decoruri” hipnotice pe „scena” pacientului, făcînd sugestii care acoperă toate cele patru domenii și observînd care sînt „jucăriile” de care pacientul este atras în mod deosebit. Pentru a oferi fenomenologia hipnotică, pot fi utilizate metode indirecte, deoarece acestea facilitează cel mai bine experiența unor componente fenomenologice.

Metode indirecte

Putem observa importanța esențială a metodelor indirecte în hipnoză, mai ales în măsura în care au legătură cu fenomenologia vizată. Primele două caracteristici fenomenologice, atenția alterată și intensitatea modificată, pot fi evocate prin sugestia directă. Totuși, pentru disociere și responsivitatea la semnalele minime, sugestia indirectă este cea mai eficientă. Nu putem să-i spunem unui pacient: „Ridică mîna” și să ne așteptăm ca mișcarea respectivă să fie involuntară. Cel mai bine este să folosim sugestiile oarecum indirecte, pentru a încuraja automatismele.

Pentru a consolida responsivitatea, hipnotizatorul poate folosi sugestia directă – „Închide ochii”. Dar, deoarece hipnoterapeutul încurajează reacțiile la stimuli minimi pe parcursul procesului de hipnoză, sugestiile indirecte sînt oferite tot mai des, variind de la comenzile implicite (de exemplu, „Poți… *să ridici* mîna”), la relatarea unor anecdote care implică ridicarea mîinii (de exemplu, descrierea unui

elev care pune o întrebare într-o sală de clasă sau a unui copil care vrea prăjituri de pe un raft), pînă ce apare reacția levitării brațului.

Sugestiile indirecte consolidează transa, venind în sprijinul obiectivelor fenomenologice. Erickson a promovat sugestiile indirecte, iar colaboratorii săi, ca Rossi (1976), au clasificat tipurile de sugestii indirecte folosite de Erickson. Iată patru exemple de sugestii indirecte, fiecare dintre acestea putînd fi folosit pentru a invoca o reacție fenomenologică specifică:

Exemple de sugestie indirectă

• „ansamblul da”,
• comenzile integrate,
• afirmațiile disociative,
• cauzativul implicit.

Să analizăm cum este structurată fiecare și de ce este valoroasă în inducția fenomenologiei hipnotice.

„Ansamblul da”

Este creat prin enunțarea secvențială a unei serii de truisme, de exemplu:

> „Poți auzi sunetele de afară.”
> „Îmi poți asculta vocea.”
> „Îți poți auzi propria respirație.”
> „Și poți observa modificările sunetelor care survin în timp ce te concentrezi la tine însuți.”

„Ansamblul da” este util îndeosebi pentru a stimula reacția fenomenologică a *ghidării atenției*. În exemplul de mai sus, „ansamblul da” a ghidat atenția către sfera auditivă, progresiv, de la realitatea externă la cea internă.

Comenzile integrate

Pauzele (și modularea) după un verb auxiliar permisiv pot crea comenzi integrate, deoarece verbul care urmează este la modul conjunctiv, care are valențe ale modului imperativ. „Poți să intri în transă” capătă astfel valențele unei comenzi: „*Să intri* în transă!”. Verbul *să intri* poate fi accentuat mai mult sau mai puțin, pentru a evidenția comanda.

Comenzile integrate induc o ușoară confuzie, deoarece vizează două niveluri simultan: nu este imediat evident dacă clinicianul oferă informații sau ordonă o reacție.

Printre alte scopuri, comenzile integrate pot fi utilizate pentru a viza fenomenologia *intensității sporite* – de exemplu, „Poți… să percepi cu adevărat senzațiile puternice de confort”.

Afirmațiile disociative

Afirmațiile disociative se prezintă sub multe forme, cum ar fi: „Mintea ta conștientă îmi poate asculta vocea, în timp ce mintea ta inconștientă poate pluti, pentru că este foarte interesant să treci prin experiențe diferite”.

Afirmațiile disociative pot fi folosite pentru a stimula fenomenologia *disocierii*, prin intermediul căreia lucrurile „pur și simplu se întîmplă” și/sau persoana simte că „participă și este desprinsă” de experiență.

Cauzativul implicit

„Cauzativul implicit” are forma „Cînd X, atunci Y”, unde X poate fi un comportament, iar Y o stare sau invers; de exemplu, „Cînd respiri profund, poți să intri în transă” sau „Cînd intri în transă poți să respiri profund”. Cauzativul implicit este folosit pentru *promovarea responsivității*, una dintre cele patru caracteristici fenomenologice primare.

Aceste patru exemple de sugestie indirectă reprezintă o parte din limbajul hipnozei. Sînt utilizate de obicei în cadrul structurii „inducției”, ca recuzită care poate stimula activarea (realizarea) obiectivelor fenomenologice. Totodată, sugestiile indirecte au drept consecință și o inducție la mai multe niveluri, care stimulează activarea pacientului, acesta fiind nevoit să caute semnificații personale.

Prin urmare, pentru a înțelege mai bine utilizarea limbajului hipnozei, vom analiza structura inducției folosită la Fundația Erickson.

Modelul AVP

În cadrul Programului Intensiv de Instruire oferit de Fundația Milton H. Erickson, am elaborat împreună cu Brent Geary un model general influențat de Milton Erickson: predăm o procedură în trei etape, prin intermediul căreia recuzita hipnotică este montată pe scena pacientului. Procedura „inducției” este numită modelul AVP: „absorbție”, „validare”, „provocare”.

Clinicienii pot folosi modelul AVP în mod secvențial. Absorbția este provocată prin utilizarea unor tehnici specializate, multe dintre ele indirecte. Validarea se realizează într-o manieră mai directă. Provocarea, la rîndul ei, este indirectă.

Absorbția

Există atît *procedee de absorbție*, cît și *tehnici de absorbție*. Un procedeu de absorbție poate presupune implicarea pacientului într-o senzație, o percepție, un fenomen hipnotic, o fantezie sau o amintire. Un clinician cu experiență nu va lăsa la voia întîmplării alegerea procedeului de absorbție; dimpotrivă, alegerea procedeului va depinde de caracteristicile pacientului și de obiectivul care trebuie atins atît prin intermediul inducției, cît și al terapiei. Nu vom detalia aici alegerea metodelor de inducție.

Există diverse tehnici primare și secundare de realizare a absorbției. Printre tehnicile primare se numără exprimarea la timpul prezent, folosind cuvinte asociate cu ideea de posibilitate și oferind detalii bogate. Tehnicile secundare includ modificarea tonalității vocii, pauzele și modificarea locului de unde provine vocea. Distincția dintre tehnicile primare și secundare de absorbție este artificială și depinde de frecvența aplicării lor.

Să analizăm un exemplu: vom presupune că un hipnotizator alege ca procedeu de absorbție o senzație, și anume cea de căldură. Prin urmare, hipnoterapeutul poate

descrie căldura vorbind despre detalii și posibilități la timpul prezent.

> În timp ce închizi ochii și te concentrezi la tine însuți, poți observa senzații de căldură. Nu știu dacă vei observa aceste senzații de căldură în partea anterioară sau posterioară a corpului. Poate că senzațiile de căldură par intense sau slabe... Poate că, pe măsură ce conștientizezi aceste senzații de căldură, ai impresia că undeva se află o pernuță de căldură. Poate vei simți că te poți lăsa ușor pe acea foarte plăcută pernuță de căldură. Aceste senzații de căldură pot fi foarte interesante și poți observa cum încep să se schimbe. Pot începe să se miște. Pot începe să crească în interiorul tău. Pot începe să-și modifice forma... Și nu trebuie neapărat să sesizezi toate senzațiile...

În timpul absorbției, cînd descrie detalii și posibilități la timpul prezent, hipnoterapeutul evidențiază experiențele fenomenologice. Din nou, este ca și cum hipnoterapeutul ar „mobila” „scena” psihosocială a pacientului. Prin intermediul discursului care stimulează absorbția, pacientul este îndemnat să-și concentreze atenția, să și-o direcționeze spre sine și să perceapă senzații mai mult sau mai puțin intense. După cum vom vedea, pot fi presărate și sugestii disociative. Observați că hipnoterapeutul nu dă comenzi, ci mai degrabă sugerează posibilități dintre care pacientul poate alege. Pe măsură ce pacientul se activează pentru a se simți fenomenele sugerate, se realizează hipnoza.

Etape suplimentare ale absorbției

Etapa absorbției oferă o șansă pentru efectuarea unor operațiuni suplimentare. De exemplu, pe parcursul absorbției, terapeutul își poate iniția terapia prin aluzii indirecte la intervențiile care vor urma. O astfel de prefigurare amplifică reacția la aspectul terapeutic vizat (pentru mai multe informații, vezi Zeig, 1990, și Geary, 1994).

Pe parcursul absorbției, clinicianul poate adapta tehnica și procedeul de absorbție stilului unic al pacientului, construind astfel relația cu el. De asemenea, hipnoterapeutul poate folosi o tehnică precum asocierea, prin intermediul căreia conjuncțiile – de tipul „și” sau „ori” – pot uni fraze, pentru a crea un flux alternat de idei care să reflecte experiența internă.

Mai mult, absorbția asigură o șansă de a oferi directive terapeutice în mod neașteptat. Etapa absorbției nu este doar o modalitate de a induce transa, ci constituie și o metodă terapeutică. „Dublînd” tehnicile și folosind „comunicarea condensată”, clinicianul oferă o matrice bogată, stratificată, care poate atinge atît obiectivele inducției, cît și pe cele ale terapiei. Această metodă este opusă inducției tradiționale, care este doar un instrument liniar folosit pentru obținerea stării de transă.

Limbajul hipnozei

Tehnicile indirecte care compun limbajul hipnozei pot fi inserate în discursul inducției pentru a facilita în continuare obiectivele fenomenologice. De exemplu, „inducția căldurii” poate fi modificată după cum urmează:

În timp ce închizi ochii și te concentrezi la tine însuți, poți observa senzații de căldură. Nu știu dacă vei observa aceste senzații de căldură în partea anterioară sau posterioară a corpului. Poate că senzațiile de căldură par intense sau slabe... Poate că, pe măsură ce conștientizezi aceste senzații de căldură, ai impresia că undeva se află o pernuță de căldură. Poate vei simți că te poți lăsa ușor pe acea foarte plăcută pernuță de căldură. *Și poți să simți căldura din tălpi. Și poți să simți căldura din picioare. Și poți să simți căldura din corp. Și poți... să simți căldura care se intensifică.* (Ansamblul da și comanda integrată) Aceste senzații de căldură pot fi foarte interesante și poți observa cum încep să se schimbe. Pot începe să se miște. Pot începe să apară în interiorul tău. *Iar mintea ta conștientă poate observa căldura, în timp ce mintea ta inconștientă poate urmări evoluțiile.* (Afirmație disociativă) Pot începe să-și modifice forma... Și nu trebuie neapărat să sesizezi toate senzațiile. *Dar cînd începi să conștientizezi senzațiile de căldură, poți să respiri profund și să simți confortul tot mai intens*. (Cauzativ implicit)

Observați cum includerea limbajului hipnozei dezvoltă „inducția” la mai multe niveluri și adaugă alte posibilități de atingere a fenomenologiei vizate. Inserarea limbajului hipnozei adaugă noi elemente de recuzită fenomenologică pe scena pacientului. De asemenea, și indicațiile terapeutice pot fi presărate în inducție, folosind forme de limbaj direct și indirect.

Validarea

Pe parcursul etapei validării, hipnoterapeutul folosește o serie de fraze declarative simple pentru a valida transa, reflectînd schimbările înregistrate de pacient ca urmare a inițierii procesului de provocare a transei. Observați că, în cadrul validării, hipnoterapeutul nu mai descrie posibilități, ci mai degrabă realități. De exemplu, în timpul etapei validării, hipnoterapeutul poate spune:

> În timp ce vorbeam cu tine, au avut loc anumite schimbări: ritmul respirației tale s-a modificat, pulsul s-a modificat, reflexul de înghițire s-a modificat, poți avea senzații diferite.

Afirmațiile cu rol de validare implică faptul că pacientul reacționează, că aceste reacții sînt modificări „hipnotice” și că aceste modificări semnalează faptul că pacientul resimte alterările hipnotice în mod corespunzător.

Provocarea

Provocarea are trei aspecte:

• provocarea disocierii,
• provocarea responsivității,
• mobilizarea resurselor.

Disocierea

Disocierea poate fi stimulată prin tehnici sugestive, cum ar fi afirmațiile disociative. De asemenea, poate fi stimulată prin fenomene hipnotice, cum ar fi levitația brațului, catalepsia și halucinațiile pozitive și negative, toate acestea bazîndu-se în mod subiectiv pe disociere, într-o oarecare măsură. De exemplu, hipnoterapeutul poate sugera: „Poate că ai impresia că ești o conștiință lipsită de corp, care plutește pur și simplu în spațiu și în timp". Fenomenele hipnotice induse promovează experiența disocierii, fiindcă aceasta constituie o componentă integrală a oricărui fenomen hipnotic. (Pentru o discuție detaliată despre fenomenele hipnotice, vezi Edgette și Edgette, 1995.)

Sînt adăugate și instrucțiuni vizînd disocierea, astfel încît pacientul să resimtă în continuare experiența disocierii sub forma a ceva ce „pur și simplu se întîmplă" și/sau în același timp ca „participant și desprins" de experiență.

Responsivitatea

După ce provoacă disocierea, terapeutul amplifică responsivitatea. De exemplu, în stilul lui Erickson, clinicianul poate sugera: „Cînd rostesc data următoare cuvîntul «acum», poți respira profund *acum*". Provocînd reacția pacientului la sugestia neașteptată, terapeutul consolidează, poate în mod treptat, reacții ale pacientului la comenzile sale directe și implicite. Unul dintre obiectivele majore ale hipnozei este stabilirea unui climat fertil al cooperării bazate pe responsivitate.

Resursele

După ce terapeutul provoacă reacții, mai ales la indici minimi, procesul „inducției” este încheiat. Mobilizarea resurselor ține de domeniul hipnoterapiei. Deoarece acest capitol se axează pe „inducție”, o analiză a mobilizării resurselor depășește obiectivele propuse. În general, terapeutul poate folosi sugestii indirecte, cum ar fi narațiunile și metaforele, pentru a stimula resursele anterior latente ale pacientului. De exemplu, pacienții cu o anumită fobie, să spunem teama de a zbura cu avionul, pot avea multe resurse care le permit să se simtă confortabil în situații pe care alții le-ar percepe ca fiind dificile. De exemplu, pot fi foarte buni vorbitori în public. Cei care mănîncă prea mult pot dispune de resurse care le permit să-și controleze mișcările mîinilor. În general, misiunea terapeutului este să-i ajute pe pacienți să-și acceseze resursele latente, în mod experiențial, astfel încît pacientul să-și poată folosi resursele respective pentru a rezolva sau pentru a gestiona problema pentru care au apelat la tratament.

§

Principalul scop al inducției este să creeze cadrul în care se va desfășura terapia. Dacă terapeutul intenționează să folosească tehnici indirecte – metafore, narațiuni sau simboluri – pentru a ajuta pacientul să-și mobilizeze fenomenologia schimbării, atunci inducția pregătește terenul, provocînd în mod indirect fenomenologia hipnotică.

În hipnoterapie sînt implicate trei fenomenologii: cea a problemei, cea a hipnozei și cea a soluției. În perioada de

evaluare din cadrul terapiei, clinicianul stabilește componentele fenomenologice ale simptomului specifice pacientului. Să analizăm cazul unui pacient care se prezintă cu depresie. Depresia poate fi considerată o experiență fenomenologică, printre ale cărei componente se numără concentrarea internă a atenției, negativitatea, orientarea spre trecut, inactivitatea, lipsa speranței și absența obiectivelor.

Terapeutul impune o nouă fenomenologie, cea a hipnozei, care întrunește caracteristicile primare și secundare menționate mai sus. Se poate deduce că, dacă pacientul poate modifica fenomenologia o dată, o poate face din nou, într-o direcție și mai bună.

În perioada terapeutică (mobilizarea resurselor) a hipnozei, terapeutul se străduie să ajute pacientul să-și fundamenteze fenomenologia soluției. De exemplu, fenomenologia fericirii, în contrast cu fenomenologia depresiei, constă în orientarea preponderentă spre exterior, atitudinea pozitivă, speranță și obiective constructive, orientate spre viitor. În cadrul acestei conceptualizări, inducția hipnotică este o punte de legătură între teritoriul problemei și cel al soluției. Pacientul vine la terapie „în stare inversă”, trăind fenomenologia problemei. Prin urmare, hipnoterapeutul montează „recuzita” pe „scena” pacientului, astfel încît acesta să se poată deplasa experiențial în stare „neutră”, starea de hipnoză. Apoi terapeutul ajută pacientul în mod experiențial să intre în „prima viteză”, care presupune aspecte ale fenomenologiei schimbării sau a gestionării adecvate. „Vitezele” următoare conduc mai rapid pacienții la o stare de satisfacție mai mare și le măresc capacitatea de a aplica resurse anterior latente în desfășurarea existenței lor.

Bibliografie

Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach.* New York: Brunner/Mazel.

Edgette, J.H., Edgette, J.S. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion.* New York: Irvington.

Geary, B.J. (1994). Seeding responsiveness to hypnotic processes. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (pp. 295-314). New York: Brunner/ Mazel.

Zeig, J.K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and symptom utilization. În J.K. Zeig, S.R. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (pp. 353-375). New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J.K. (1990). Seeding. În J.K. Zeig, S.G. Gilligan (eds.), *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors* (pp. 221-246). New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 3

Influența socială, teoria așteptărilor și hipnoza ericksoniană

William J. Matthews

Din experiența mea, cînd i se cere să descrie caracteristicile definitorii ale abordării terapeutice a lui Milton Erickson, terapeutul obișnuit de orientare ericksoniană spune de regulă: „Erickson nu avea o teorie exclusivă a psihoterapiei sau a personalității. Îl interesa ce anume dă rezultate”. Rossi menționează acest fapt cînd analizează ideea lui Erickson despre „limitarea preconcepțiilor majorității școlilor de psihoterapie” (Erickson și Rossi, 1980, p. XV). Erickson (*idem*) notează că în domeniul psihoterapiei s-a pus prea mare accent pe teorie și pe rigiditatea practicii. Acest aspect este deosebit de evident în psihanaliză, cu orientarea ei psihodinamică subiacentă, care, deși practicată doar de cîțiva terapeuți, continuă să influențeze domeniul (de exemplu, prin ideile de inconștient reprimat, mecanisme de apărare, stadii ale dezvoltării). Erickson a făcut aceste observații în jurul anului

1950, într-o perioadă cînd aceste convingeri erau probabil și mai pronunțate decît în prezent.

Care sînt cauzele schimbărilor în psihoterapie?

Studiul clasic de psihoterapie al lui Lambert (1986) oferă argumente empirice în sprijinul criticilor anterioare mai ample ale lui Erickson. Lambert a calculat procentul variației progresului clientului și a concluzionat că 40% din schimbare poate fi atribuită îmbunătățirii spontane (și anume simplei regresii statistice sau evenimentelor existențiale pozitive); 30% factorilor nespecifici ai interacțiunii client-terapeut (încrederea, empatia, înțelegerea, căldura); 15% efectului placebo (speranța, așteptarea schimbării); și, în cele din urmă, 15% tratamentului propriu-zis. Aceste date sugerează că 85% dintre clienți s-ar simți mai bine cu ajutorul unui prieten înțelegător, iar 40% s-ar simți mai bine dacă nu ar face nimic – aceasta fiind pur și simplu o consecință a evenimentelor de zi cu zi. Studiul lui Lambert reflectă cercetările anterioare ale lui Hans Strupp (Strupp și Hadley, 1979; Strupp, 1980, 1993), care evidențiau argumente empirice pentru rolul factorilor nespecifici menționați anterior și pentru efectul lor asupra rezultatului tratamentului.

Pe baza literaturii științifice actuale, preocuparea lui Erickson cu privire la importanța excesivă a rigidității tratamentului a fost justificată. Erickson a înțeles perfect rolul

așteptărilor pozitive privind schimbarea, valoarea relației cu clientul și importanța situației existențiale actuale a clientului (Rossi în Erickson și Rossi, 1980). Consider că dorința și capacitatea lui de a varia abordarea tratamentului veneau în sprijinul creșterii așteptărilor privind tratamentul prin interacțiunile legate de evenimentele marcante.

Înainte de a analiza importanța așteptărilor în rezultatul psihoterapiei, ar fi util să prezentăm o scurtă analiză a cercetărilor empirice actuale privind principiile pe care se bazează terapia ericksoniană. Sugestia mea se referă la faptul că ipotezele esențiale cu privire la noțiunile ericksoniene de hipnoză, sugestibilitate la hipnoză și strategii de utilizare (de exemplu, sugestia indirectă) nu au sprijin empiric și că e posibil ca informațiile și regula parcimoniei sugerează că un model al influenței sociale bazat pe așteptări ar constitui un cadru mai bun pentru analiza unei abordări ericksoniene.

Idei fundamentale ale hipnozei ericksoniene

După cum am afirmat în alte studii (Matthews, Conti și Starr, 1998), patru noțiuni fundamentale stau la baza hipnozei ericksoniene: (1) hipnoza este o stare modificată a conștiinței și, prin urmare, (2) există indicatori ai acestei stări modificate care o diferențiază de starea de veghe; (3) sugestibilitatea la hipnoză a subiectului/clientului depinde mai mult de aptitudinile hipnotizatorului (de exemplu, de strategiile de

utilizare) decît de capacitatea subiectului/clientului; (4) utilizarea sugestiei hipnotice indirecte este, cel puțin în unele cazuri, mai eficientă în producerea răspunsurilor hipnotice decît sugestia directă.

Hipnoza ca stare

Milton Erickson a fost un susținător fervent al ipotezei stării modificate (Haley, 1967; Erickson și Rossi, 1979, 1980), la fel ca o serie de adepți ai săi (de exemplu, Dolan, 1991; Edgette și Edgette, 1995; Lankton și Lankton, 1983; Matthews, 1985; Gilligan, 1987). Această stare modificată a conștiinței este produsă de un anumit tip de inducție hipnotică la persoanele susceptibile. Starea generată se diferențiază de alte stări modificate și, deși sugestibilitatea este o caracteristică a acestei stări modificate, nu este singura trăsătură care o diferențiază (Kirsch și Lynn, 1995).

Analiza literaturii de specialitate pe tema indicatorilor fiziologici ai stării hipnotice întreprinsă în 1979 de Sarbin și Slagle ține cont de o mare varietate de studii vizînd funcțiile respiratorie, cardiovasculară, hemodinamică, vasomotorie, genito-urinară, gastrointestinală, endocrină și cutanată. Acești autori au concluzionat că (1) pur și simplu nu există vreo dovadă că modificările fiziologice la nivelul funcțiilor enumerate pot fi atribuite stării de transă hipnotică și că (2) astfel de modificări fiziologice pot fi influențate de condiții de stimulare, de procese simbolice și de închipuiri (p. 300). Cel puțin deocamdată, studiile empirice minuțioase și sistematice nu au reușit să releve indicatori fiziologici ai unei stări

hipnotice care să poată fi reproduși constant (Kirsch și Lynn, 1995; Sarbin și Slagle, 1979). Totuși, după cum arată Kirsch și Lynn (1995), ar *putea* exista un indicator identificabil al stării (încă neidentificat) care să arate că ipoteza stării nu este falsificabilă.

T.X. Barber (Barber, 1969, 1979; Barber și Ham, 1974) a fost un cercetător prolific în ce privește explicațiile alternative ale stării hipnotice. Informațiile descoperite de Barber și de colegii săi (Barber și Ham, 1974) i-au determinat să considere că comportamentele (de exemplu, apariția bășicilor, dispariția negilor, diminuarea durerii) și fenomenele hipnotice (amnezia, regresia vîrstei, progresia vîrstei, halucinațiile vizuale și auditive, catalepsia brațului etc.) depind de motivațiile, atitudinile și așteptările clientului/subiectului, nefiind o simplă consecință a stării modificate de conștiință.

Erickson (Erickson, Hershman și Secter, 1961; Erickson și Rossi, 1979, 1980) a fost un susținător convins al literalismului ca indicator comportamental clar al transei hipnotice. În două studii bine controlate privind literalismul (Green, Lynn, Weekes *et al.*, 1990; Lynn, Green, Weekes *et al.*, 1990), datele au indicat că o mare majoritate a subiecților cu grad ridicat de sugestibilitate la hipnoză nu reacționau în mod literal. De asemenea, Lynn și colegii săi nu au descoperit nici o diferență la nivelul reacțiilor literale între subiecții motivați de sarcini hipnotizați și cei nehipnotizați.

În absența unor modificări fiziologice sau comportamente clar diferențiate (literalismul) care ar defini în mod clar hipnoza drept o stare modificată, teoreticienii stării s-au concentrat pe relatările subiective ale clienților/subiecților (cu alte cuvinte, pe faptul că subiecții raportează că *se simt* diferit

cînd trăiesc experiența hipnozei, comparativ cu starea de trezie normală). Kirsch, Mobayed, Council și Kenny (1992) au încercat să stabilească exactitatea acestei afirmații. Experților în domeniul hipnozei li s-a cerut să evalueze relatările în scris cu final deschis ale subiecților cu privire la stările lor de conștiință și responsivitatea lor la sugestie. Subiecții erau tratați fie prin hipnoză tradițională, fie prin relaxare, fie prin hipnoză alertă sau prin folosirea imaginației. Kirsch și colegii săi au descoperit că evaluările experților nu reușeau să diferențieze inducția hipnotică tradițională de tehnica relaxării nonhipnotice, că experiența subiectivă a sugestiilor hipnotice de după exersarea imaginației nu poate fi diferențiată de cea de după inducțiile hipnotice și că sugestibilitatea nu este asociată cu starea de conștiință așa cum o evaluează experții.

Sugestibilitatea la hipnoză ca trăsătură sau ca aptitudine a hipnoterapeutului

Conform paradigmei ericksoniene, practic toți indivizii au capacitatea de a reacționa la hipnoză. Esența obținerii acestei reacții se bazează pe individualizarea tehnicii hipnotice.

Teoreticienii ipotezei trăsăturii (de exemplu, Brown și Fromm, 1986; Hilgard, 1965; Kihlstrom, 1985; Orne și Dinges, 1989; Spiegel și Spiegel, 1978) susțin că abilitatea de a trăi experiența hipnozei este în primul rînd specifică persoanei, nu hipnotizatorului. După cum afirmau Kirsch și Lynn în analiza lor privind dezbaterea ipotezei trăsăturii, „Există argumente ample pentru ipoteza că sugestivitatea la hipnoză

este o capacitate asemenea unei trăsături, aptitudinală a unei persoane: diversele modalități de măsurare a sugestibilității la hipnoză sînt moderat sau intens interrelaționate, de obicei în proporție de peste 0,60, iar corelația de 0,71 între rezultatele testelor a fost raportată pentru un interval de retestare de 25 de ani" (1995, p. 849). E.R. Hilgard a afirmat că „principala sursă a convingerii multor clinicieni practicanți că oricine poate fi hipnotizat constituie o confuzie între succesul psihoterapiei și rolul hipnozei în cadrul acesteia" (1982, p. 398).

Sugestia directă și indirectă

Deși Milton Erickson nu se ferea să utilizeze sugestia directă în abordarea hipnotică, el a fost apreciat cel mai mult, în mod just sau greșit, pentru utilizarea extrem de creativă a modalităților indirecte (adică a sugestiilor indirecte, a jocurilor de cuvinte, a metaforelor, a narațiunilor și a altor procedee similare) în procesul hipnozei și al inducției hipnozei. Erickson (Erickson și Rossi, 1980) a emis ipoteza că sugestia hipnotică indirectă e utilă pentru a ajuta clientul să-și acceseze potențialul unic și experiențele de viață anterioare și reprezintă o modalitate în care poate fi depășită rezistența conștientă.

În analiza lor privind datele disponibile, Lynn și colegii săi au concluzionat că „studiile cel mai bine controlate nu oferă nici un indiciu privind superioritatea sugestiilor indirecte și se prefigurează că sugestiile directe sînt superioare celor indirecte, sub aspectul modificării

experienței subiecților privind hipnoza. Cu toate acestea, concluzia generală este că diferențele dintre o mare varietate de sugestii sînt fie inexistente, fie irelevante” (1990, p. 138.)

Erickson: așteptările și influența socială

Dacă nu există argumente empirice pentru noțiunea de stare hipnotică, dacă sugestibilitatea la hipnoză depinde mai degrabă de subiect/client decît de aptitudinile de utilizare ale hipnotizatorului și dacă nu există date empirice convingătoare care să favorizeze superioritatea sugestiei indirecte, atunci pe ce ne bazăm cînd vorbim despre Erickson și despre hipnoterapia ericksoniană? Matthews (Matthews, 1985; Matthews, Conti și Starr, 1998) și Sherman și Lynn (1990) sugerează că excelența clinică a lui Milton Erickson poate fi înțeleasă într-un cadru psihologic social. Aptitudinea unică a lui Erickson a fost capacitatea lui de a amplifica motivația, așteptările și convingerea clientului că schimbarea terapeutică poate surveni și că va avea loc. Sugerăm că „transa” hipnotică, profunzimea „transei” și sugestibilitatea la hipnoză sînt constructe care, în cele din urmă, sînt mai puțin semnificative decît așteptările și motivația. Sherman și Lynn (1990) sugerează că măiestria clinică a lui Erickson se datora faptului că utiliza reactivitatea pacientului: implantarea, contextualizarea/recontextualizarea, efortul sporit al pacientului și includerea sa ca participant activ în contextul

influenței sociale. Poate că cea mai semnificativă variabilă din acest cadru este cea a așteptărilor.

Așteptările

Kihlstrom afirma că „Hipnoza poate fi definită drept o interacțiune socială în care o persoană, desemnată drept subiect, reacționează la sugestiile oferite de altă persoană, desemnată drept hipnotizator, în vederea unor experiențe care implică modificări ale percepției, memoriei și acțiunilor voluntare” (1985, p. 385). Kihlstrom oferă o definiție limitată a hipnozei, bazată pe teoria învățării sociale, care nu implică noțiunea de stare, ci pune în schimb accentul pe specificul interacțional și creator de sens al relației dintre hipnotizator și subiect/client. În teoria învățării sociale, comportamentul uman este o funcție a proceselor cognitive care implică achiziția informațiilor. Aceste informații pot fi dobîndite prin intermediul experienței directe sau indirecte. Așteptările și valoarea consolidării sînt concepte esențiale în teoria învățării sociale. Care sînt șansele ca un eveniment să aibă loc (așteptări) și care este valoarea investită în eveniment (consolidare) într-un anumit context? (Comparați cu Rotter, 1954.)

Kirsch (1990) prezintă un argument convingător, bazat pe teoria învățării sociale, pentru rolul așteptării ca determinant cu influență deosebit de puternică asupra comportamentului hipnotic și a psihoterapiei în general. El arată că relațiile dintre așteptări și sugestibilitatea la hipnoză sînt mai mari decît corelațiile dintre implicarea imaginativă și sugestibilitatea la hipnoză. S-a dovedit că imaginarul orientat

spre obiective, considerat de Barber (1969) un determinant deosebit de important al comportamentului hipnotic, este influențat de așteptări (Vickery și Kirsch, 1985). Kirsch subliniază că inducția hipnotică eficientă este definită de ceea ce subiectul consideră a fi o bună inducție; o experiență „bună" de transă se bazează pe convingerile și așteptările subiectului legate de experiența hipnotică. În loc să o considere consecința hipnozei, el concluzionează că „așteptarea este un aspect esențial al hipnozei, poate chiar cel mai important" (1990, p. 143).

Erickson a fost un maestru al influenței sociale și un manipulator al așteptărilor. Disponibilitatea sa pragmatică și flexibilitatea necesare pentru a atinge obiective terapeutice pozitive sînt bine documentate. Scopul său în contextul terapiei era să utilizeze reactivitatea sau rezistența clientului, astfel încît acesta să dezvolte un sentiment al controlului personal și să asocieze sau să reasocieze aptitudini dintr-un alt context în contextul dorit. În cadrul acestui proces, Erickson oferea o atmosferă clinică unde clienții învățau să-și modifice convingerile, percepțiile și comportamentele (adică încerca să creeze așteptările legate de schimbare).

Abordarea indirectă

Multe dintre intervențiile lui Erickson se bazau pe abordări indirecte și pe ocolirea reactivității/rezistenței clientului. Este important să diferențiem abordările indirecte de folosirea specifică a sugestiilor indirecte pentru un anumit comportament hipnotic. Deși datele empirice nu susțin ultima

abordare, prima beneficiază în general de sprijin (Sherman și Lynn, 1990). Specialiștii în psihologie socială au observat de mult că oamenii, pentru a-și menține sentimentul controlului personal, reacționează adesea la amenințarea percepută sau o pun sub semnul întrebării (observație pe care o poate atesta orice clinician care a lucrat cu adolescenți). Pentru a diminua posibilitatea reactivității, psihologii sociali au folosit diferite pretexte și metode discrete pe parcursul cercetării (Sherman și Lynn, 1990).

Erickson a înțeles această idee și a folosit pretextele și deghizarea anumitor obiective pentru a atinge rezultatele dorite (*cf.* Haley, 1967, 1973). Erickson și-a dat seama că unii clienți, pentru a-și menține sentimentul de control personal, îl provocau, refuzînd experiența hipnozei. De obicei, presupunea că pacientul își dorea să aibă în cele din urmă experiența hipnotică și era extraordinar de talentat în a profita de provocarea clientului, instruindu-l să rateze și/sau definindu-i reacția drept un anumit tip de succes (Haley, 1967; Erickson și Rossi, 1980).

Evoluțiile recente din domeniul științelor cognitive sugerează limitări ale autoanalizelor conștiente ale clienților privind propriile procese cognitive, necesitînd prin urmare folosirea metodelor alternative pentru a gestiona nivelurile tacite și analoge ale experienței umane (Gonçalves și Craine, 1990). Metafora, analogia și/sau narațiunile pot deveni instrumente utile pentru a sugera posibilitatea schimbării la acest nivel tacit sau inconștient al reprezentării cognitive. Pentru Erickson, valoarea unei astfel de maniere de expresie în terapie a constituit șansa de a redirecționa și restructura

concepția clientului despre sine și relația sa cu problema cu care se prezentase la terapeut.

Ideea de a evita reactivitatea clientului prin abordări indirecte (narațiuni, anecdote, metafore) ridică întrebări interesante cu privire la modul în care percepe clientul abordările indirecte. Dacă terapeutul presupune că acționează indirect nu înseamnă neapărat că și clientul percepe intervenția la fel. Matthews și Langdell (1989) au efectuat un studiu clinic folosind hipnoza și numeroase metafore integrate (Lankton și Lankton, 1983) cu șase clienți de la un centru de consiliere universitar. Toți clienții au beneficiat de opt ședințe de terapie (patru ședințe implicînd hipnoza și protocolul metaforelor multiple integrate, combinate cu patru ședințe în care s-a folosit o abordare cognitiv-comportamentală).

În interviurile posttratament, cinci din șase clienți au declarat că își amintesc în totalitate metaforele ce le fuseseră comunicate și au recunoscut că acestea aveau legătură cu problemele cu care se prezentaseră la terapie. De asemenea, au mai declarat că problemele cu care se prezentaseră (anxietate, depresie moderată, dificultăți de învățare) se îmbunătățiseră semnificativ. Totuși, al șaselea client a declarat că nu-și amintește metaforele și că nu a înregistrat nici o îmbunătățire clinică. Cei cinci clienți care au raportat o îmbunătățire clinică au indicat că, deși erau conștienți de ceea ce făcea terapeutul (adică de scopul povestirilor), l-au simpatizat și au avut încredere că acesta lucrează în interesul lor. Celui de-al șaselea client, care a declarat o amnezie totală, nu i-a plăcut procesul, nici nu s-a simțit confortabil cu abordarea terapeutului. Deși studiul lui Matthews și Langdell

(1989) are clare limite metodologice și de generalizare, este măcar sugestiv sub aspectul semnificației pe care clienții o pot asocia procesului abordării indirecte, aceasta putînd diferi mult de cea pe care i-o acordă terapeutul.

Importanța efortului

Sherman și Lynn (1990) citează teoria disonanței cognitive ca argument pentru ipoteza conform căreia, cu cît este mai mare efortul depus pentru atingerea unui obiectiv, cu atît mai mare este valoarea atribuită acestuia. Erickson credea în valoarea efortului (Lankton și Lankton, 1983; Matthews, 1985). Temele pentru acasă, care includeau purtatul unor obiecte, urcatul pe munte, vizitarea muzeelor și așa mai departe, urmăreau să amplifice intensitatea eforturilor clientului în vederea atingerii obiectivelor terapeutice dorite. Cu cît clientul depunea un efort mai mare, cu atît creștea probabilitatea ca acesta să se implice în proces.

Implantarea/pregătirea

Erickson era categoric interesat să influențeze gîndurile și percepțiile clienților asupra evenimentelor; folosea frecvent tehnica implantării sau a pregătirii, pentru a iniția în gîndirea clientului o nouă orientare, în direcția terapeutică dorită. Cazul în care a reîncadrat impotența unui soț drept un compliment adus soției (Haley, 1973) constituie un exemplu spectaculos de influențare a percepției unui client și de modi-

ficare a semnificației problemei cu care se prezentase inițial. O serie de studii (Higgins, Rhodes și Jones, 1977; LaRue și Olejnik, 1980; Wilson și Capitman, 1983) oferă argumente empirice care susțin efectul pregătirii unui subiect cu ajutorul unui anumit concept sau al unei idei, precum și efectul evident asupra comportamentului ulterior. Există numeroase exemple clinice ale modului în care Erickson implantează idei despre schimbare sau sugerează anumite comportamente la începutul procesului terapeutic sau al unei anumite ședințe, astfel încît acestea să aibă loc într-un moment ulterior. Implantarea ideilor în această manieră este asociată în mod direct cu ideea de așteptare, analizată anterior (*cf.* Haley, 1967, 1973; Erickson și Rossi, 1980). Erickson le cerea adesea clienților să se gîndească ori să-și imagineze că practică un anumit comportament. Sherman și Lynn afirmă că, „ghidînd imaginarul clienților și tipurile de rezultate la care s-au gîndit și pe care le-au explicat, putem spune că Erickson a influențat modul în care se comportau aceștia în situația relevantă” (1990, p. 41).

Clientul ca participant activ

În acest proces de ghidare a imaginarului clientului, Erickson, deși direcționa în mod clar procesul terapeutic, căuta să stimuleze participarea activă a clientului. Sherman și Lynn (1990) observă studiile psihologice ample care vin în sprijinul ipotezei că ideile și cuvintele autogenerate au greutate și semnificație mai mari în memorie decît informațiile prezentate dintr-o sursă externă. Prin modul în care utiliza

metaforele, Erickson îi dădea clientului o șansă și crea contextul care să stimuleze o înțelegere nouă și diferită a problemei sale și a rezolvării ei, în comparație cu modul în care erau înțelese în momentul începerii terapiei. Matthews (1997) analizează abordarea lui Erickson din perspectiva dezvoltării relativ recente a terapiei narative.

Descriind paradigma narativă, Lakoff (1987) afirma că: (1) oamenii sînt considerați povestitori; (2) gîndurile sînt esențial metaforice și imaginative; (3) manipularea gîndurilor constituie o căutare intenționată a semnificației; (4) realitatea este văzută ca un ansamblu de probleme greșit structurate, care pot fi accesate prin operații hermeneutice și narative. Din această perspectivă, intervențiile clinice ale lui Erickson pot fi considerate o formă de reconstrucție narativă, folosind tehnici directe și indirecte (povestiri, metafore etc.) pentru a-l ajuta pe client să-și construiască o narațiune existențială mai utilă.

Concluzie

Studiile empirice analizate în acest capitol evidențiază puține argumente în sprijinul convingerilor ericksoniene tradiționale privind hipnoza ca stare cu indicatori identificabili, universalitatea sugestibilității hipnotice sau eficiența crescută a abordării indirecte, comparativ cu sugestia hipnotică directă. În schimb, am argumentat că eficiența, creativitatea și ingeniozitatea lui Milton Erickson pot fi înțelese în termenii acestei înțelegeri aparent intuitive a importanței așteptărilor,

convingerii și motivației, atît în cazul clientului, cît și al terapeutului. Există un sprijin considerabil, cu fundamente empirice, pentru acest punct de vedere. Matthews (1985) sugera mai degrabă un cadru cibernetic sau interacțional pentru analizarea activității lui Erickson decît unul liniar simplu sau cauzal. Îndepărtîndu-se de modelul ierarhic (terapeutul ca expert, clientul ca receptor pasiv), el a sugerat că și clientul îi oferă informații terapeutului și îl influențează, așa cum face terapeutul cu clientul.

Autorul susține ferm că esența abordării lui Erickson a constat în crearea unei așteptări privind schimbarea și în perturbarea, distragerea sau ocuparea în alt mod a minții conștiente limitate, creînd astfel un context (bazat pe factorii nespecifici analizați anterior) în care să poată surveni o schimbare la nivelul narațiunii existențiale a clientului. Din această perspectivă, hipnoza este utilizată ca interacțiune socială construită de terapeut și de client, în care pentru client se pot manifesta diferite realități multiple. Ea devine o formă de comunicare în cadrul căreia clienților li se pune la dispoziție un context în care să dezvolte o narațiune existențială mai utilă decît cea cu care au intrat în terapie.

În sfîrșit, ne-am putea întreba ce scop are stabilirea unei distincții atît de subtile între „transa” hipnotică și așteptări dacă rezultatul final este succesul clinic. Misiunea noastră în calitate de oameni de știință/practicieni este să formulăm definiții operaționale cît mai precise posibil și să folosim diverse ipoteze în încercarea de a înțelege fenomenele observate. Regula parcimoniei impune explicațiile cele mai simple care corespund informațiilor. Ignorarea acestei reguli

împiedică și denaturează orice încercare de a înțelege lumea naturală.

Bibliografie

Barber, T.X. (1969). *Hypnosis: A scientific approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Barber, T.X. (1979). Suggested („hypnotic") behavior: The trance paradigm versus an alternative paradigm. În E. Fromm, R. Shor (eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives*. New York: Aldine.

Barber, T.X., Ham, M. (1974). *Hypnotic phenomena*. New Jersey: General Learn-ing Press.

Brown, D.P., Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and hypnosis for adult survivors*. New York: Norton.

Edgette, J.H., Edgette, J.S. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M.H., Hershman, S., Secter, I.I. (1961). *The practical applications of medical dental hypnosis*. New York: Julian.

Erickson, M.H., Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson, vol. IV.* New York: Irvington.

Gilligan, S.G. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Gonçalves, O., Craine, M. (1990). The use of metaphors in cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4,

135-150.
Green, J.P., Lynn, S.J., Weekes, J.R., Carlson, B.W., Brentar, J., Latham, L., Kurzhals, R. (1990). Literalism as a marker of hypnotic „trance": Disconfirming evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 16-21.
Haley, J. (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune & Stratton.
Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric technique of Milton H. Erickson.* New York: Norton.
Higgins, E.T., Rhodes, W.S., Jones, C.R. (1977). Category accessibility and impression formation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13, 141-154.
Hilgard, E.R. (1982). Hypnotic susceptibility and implications for measurement. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30, 394-403.
Kihlstrom, J.F. (1985). Hypnosis. *Annual Review of Psychology*, 36, 385-418.
Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
Kirsch, I., Lynn, S.J. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.
Kirsch, I., Mobayed, C., Council, J., Kenny, D. (1992). Expert judgments of hypnosis from subjective state reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 657-662.
Lakoff, G. (1987). *Women, fire and dangerous things: What categories reveal about the mind*. Chicago: University of Chicago Press.

Lambert, M.J. (1986). Some implications of psychotherapy outcome research for eclectic psychotherapy. *International Journal of Eclectic Psychotherapy,* 5(1), 16-44.

Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

LaRue, A., Olejnik, A.B. (1980). Cognitive „priming" of principled moral thought. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6, 413-416.

Lynn, S.J., Green, J.P., Weekes, J.R., Carlson, B.W., Brentar, J., Latham, L., Kurzhals, R. (1990). Literalism and hypnosis: Hypnotic versus task-motivated subjects. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33(2), 113-119.

Matthews, W. (1985). A cybernetic model of Ericksonian hypnotherapy: One hand draws the other. În S. Lankton (ed.), *Elements and dimensions of an Ericksonian approach.* New York: Brunner/Mazel.

Matthews, W. (1997). Constructing meaning and action in therapy: Confessions of an early pragmatist. *Journal of Systemic Therapies*, 16(2), 134-144.

Matthews, W., Conti, J., Starr, L. (1998). Ericksonian hypnosis: A review of the empirical data. În W. Matthews, J. Edgette (eds.), *Current thinking and research in brief therapy*, vol. II. Philadelphia: Taylor & Francis.

Matthews, W., Langdell, S. (1989). What do clients think about the metaphors they receive? *American Journal of Clinical Hypnosis,* 31*(*1), 242-251.

Orne, M.T., Dinges, D.F. (1989). Hypnosis. În H.I. Kaplan, B.J. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (ed. a V-a, pp. 1501-1516). Baltimore: Williams & Wilkens.

Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Sarbin, T.R., Slagle, R.W. (1979). Hypnosis and psychophysiological outcomes. În E. Fromm, R. Shor (eds.), *Hypnosis: Developments in research and new perspectives.* New York: Aldine.

Sherman, S.J., Lynn, S.J. (1990). Social-psychological principles in Milton Erickson's psychotherapy. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis,* 7(1), 37-46.

Spiegel, H., Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.* New York: Basic Books.

Strupp, H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases. *Archives of General Psychiatry*, 37, 595-603.

Strupp, H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 431-433.

Strupp, H., Hadley, S.W. (1979). Specific versus non-specific factors in psycho-therapy. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.

Vickery, A.R., Kirsch, I. (august 1985). Rolul aşteptărilor şi al formării profesionale în modificarea sugestibilităţii la hipnoză. Prezentată în cadrul Simpozionului reuniunii Asociaţiei Psihologilor Americani, sesiunea Modificarea sugestibilităţii la hipnoză, S.J. Lynn (preşedinte), Los Angeles.

Wilson, T.D., Capitman, J.A. (1982). Effects of script availability on social behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 11-20.

Capitolul 4

Utilizarea: o contribuție fundamentală, o familie de idei și o nouă generație de aplicații[1]

Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Susanne T. Coleman

Milton Erickson nu a fost stînjenit de conservatorismul predominant din vremea lui. Creativitatea sa continuă să aibă ecouri profunde, în moduri adesea nerecunoscute. Poate că cel mai important principiu ericksonian este utilizarea. Să analizăm următoarele exemple.

Erickson s-a întîlnit cu Kim, o profesoară tulburată de tineri goi care îi planau chiar deasupra capului. Ea i-a spus lui Erickson să nu-i facă pe tineri să dispară, ci mai degrabă să facă în așa fel încît să nu-i mai afecteze viața de zi cu zi. Acesta i-a sugerat să-i lase pe tinerii goi într-un dulap din biroul lui, unde vor fi în siguranță și nu-i vor afecta capacitatea de a preda. La început, ea îi mai verifica din cînd în cînd, dar apoi, treptat, a încetat. Mult mai tîrziu, mutîndu-se în alt oraș, Kim și-a făcut griji în legătură cu „episoadele ei psihotice”. Erickson i-a sugerat să-și pună episoadele psihotice într-un

plic și să i le trimită lui prin poștă. Ea îi trimitea uneori cîte un episod psihotic, iar între timp continua să ducă o viață productivă (Erickson, 1980).

Erickson s-a întîlnit cu Bob, care a cerut să-i fie îndreptat modul iresponsabil de a șofa. Erickson l-a întrebat ce poate face pentru a-l ajuta, iar Bob a răspuns că Erickson nu poate face nimic, că Bob va trebui să rezolve singur problema. Erickson l-a întrebat cît de curînd vrea să facă schimbările, iar Bob i-a spus că pînă luna următoare ar trebui să conducă bine. Afirmația că Bob trebuie să rezolve singur problema a fost repetată în diverse feluri pe parcursul a două ședințe. După două săptămîni, Bob a declarat triumfător că rezolvase lucrurile în felul lui. Șofase atît de necugetat, încît la un moment dat a fost nevoit să iasă din mașină chiar înainte ca aceasta să cadă într-o rîpă. După acel incident, condusese în siguranță, respectînd limitele de viteză legale.

Să analizăm aceste cazuri în contextul următoarei descrieri a utilizării. „Explorarea individualității unui pacient pentru a stabili dacă sînt disponibile învățămintele existențiale, experiențele și aptitudinile mentale necesare pentru a face față problemei [...] apoi utilizarea acestor reacții interne unice, personale, în vederea atingerii obiectivelor terapeutice” (Erickson și Rossi, 1979, p. 1).

„Aceste metode se bazează pe utilizarea în moduri diferite a propriilor atitudini, gînduri, sentimente și comportamente ale subiectului și a aspectelor situației reale, drept componente ale procedurii de inducție a transei” (Erickson, 1980, p. 205).

„Teoria utilizării pune accent pe faptul că ansamblul specific de abilități și de caracteristici de personalitate ale

fiecărui individ trebuie investigat, pentru a stabili modalitățile preferate de funcționare la care se poate face apel și care dintre ele pot fi utilizate în scopuri terapeutice" (Rossi, 1980, p. 147).

„Un terapeut nu ar trebui să-i inculce pacientului propriile sale convingeri și interpretări [...] Se impune dezvoltarea situației terapeutice, permițîndu-i pacientului să-și folosească gîndirea, interpretările și emoțiile proprii în modurile care concordă cel mai bine cu schema sa existențială" (Erickson, 1980, p. 223).

Măiestria lui Erickson nu se rezumă la sarcinile inteligente sau la inducțiile aproape magice, fiind reflectată cel mai bine în principiul utilizării. Metoda utilizării presupune o încredere neclintită în posibilitatea de autovindecare a clientului, în capacitățile sale de regenerare. Erickson conta pe capacitățile intrinseci ale lui Kim și Bob de a se orienta către atingerea obiectivelor dorite. O astfel de convingere este în acord cu rezultatele datelor culese într-un interval de 40 de ani, care demonstrează că, într-adevăr, clientul constituie componenta cea mai importantă în procesul schimbării, fiind responsabil de 40% din variațiile de la nivelul rezultatelor (Asay și Lambert, 1999; Tallman și Bohart, 1999). Studiile arată cît se poate de clar că vedeta spectacolului terapeutic este clientul.

Utilizarea necesită o concentrare intensă asupra concepțiilor clienților în ce privește propriile probleme, a obiectivelor pe care și le propun în terapie și a ideilor lor despre schimbare. Erickson a înțeles că e important să nu încerce să îi elimine pe tinerii pe care îi vedea Kim sau să contrazică dorința lui Bob „de a proceda în stilul lui". Această

concentrare include o hotărîre lipsită de inhibiții (considerată de unii un abandon nesăbuit) de a aborda problema dinspre interior și de a respecta concepția despre lume a clientului. Erickson nu s-a lăsat împiedicat de propriile sale temeri (de exemplu, că ar putea „consolida halucinațiile lui Kim") sau de preferințele de tratament apriorice (de exemplu, că ar trebui să facă „ceva" cu Bob). Erickson a păstrat plicurile de la Kim, în caz că ea ar fi venit să le vadă – și a venit. Această atitudine de a da întîietate concepției clientului este sprijinită și de cercetările privind rezultatele. În total, percepțiile clienților asupra relației sînt responsabile de 30% din rezultatele pozitive. Într-adevăr, evaluările clienților privind alianța terapeutică reprezintă cel mai bun factor predictiv al succesului (Bachelor și Horvath, 1999).

Acest capitol stabilește o conexiune între principiul de utilizare formulat de Erickson și un ansamblu de idei atît teoretice, cît și empirice, și sugerează încă o aplicare. S-a scris mult despre utilizarea resurselor și competențelor clientului de către terapeut (de exemplu, Berg și Miller, 1992). Sînt analizate mai rar utilizarea percepțiilor clientului asupra problemei cu care se prezintă la terapie și modul în care terapia și terapeutul pot aborda cel mai bine scopurile și așteptările clientului cu privire la terapie – teoria clientului despre schimbare.

Utilizarea teoriei clientului despre schimbare.

O comunitate de idei

Ideea că percepțiile clientului privind apariția și rezolvarea problemei au implicații importante pentru terapie are un istoric teoretic amplu, deși oarecum ignorat. Mulți au observat că este înțelept, din punct de vedere clinic, să se acorde atenție formulărilor clientului cu privire la schimbare în cadrul terapiei. Hoch spunea, încă din 1955, că:

> …există unii pacienți cărora le-ar plăcea să se supună unei proceduri psihoterapeutice ale cărei fundamente teoretice sînt în acord cu propriile lor idei privind funcționarea psihică… În concepția noastră, ar fi util să explicăm propriile idei ale pacienților cu privire la psihoterapie și la așteptările pe care le au de la aceasta. (p. 322)

Ulterior, Torrey (1972) a afirmat că împărtășirea unor convingeri cu clienții în ce privește cauzele și tratamentul tulburărilor mentale este o condiție necesară pentru succesul psihoterapiei. Wile (1977), la rîndul său, credea că pacienții încep terapia avînd propriile teorii despre probleme, despre apariția și modalitățile de soluționare a acestora. Wile a afirmat că „multe dintre disputele clasice care apar între clienți și terapeuți pot avea drept cauză diferențele dintre teoriile lor privind [etiologia și] vindecarea” (p. 437). De asemenea, Brickman, Rabinowitz, Karuza *et al. emit* ipoteza că „multe dintre problemele care caracterizează relațiile dintre cei care oferă ajutor și cei care primesc ajutor apar din cauză că cele două părți aplică modele cu care cealaltă parte nu este de acord” (1982, p. 375).

Pornind de la tradiția utilizării, conform concepției lui Erickson, Mental Research Institute (MRI) (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1974) a elaborat conceptul *poziției*, respectiv convingerile clientului care influențează în mod clar problema cu care s-a prezentat și participarea clientului la terapie (Fisch, Weakland și Segal, 1982). MRI a recomandat evaluarea rapidă a poziției clientului, astfel încît terapeutul să poată adapta toate intervențiile în consecință. La fel, Frank și Frank au sugerat că, „în mod ideal, terapeuții ar trebui să selecteze pentru fiecare pacient terapia care este în acord sau poate fi adusă în acord cu caracteristicile personale ale pacientului și cu concepția sa despre problemă” (1991, p. xv).

Held (1991) separă convingerile terapeutului și ale clientului în două categorii. Teoria formală, adoptată de terapeuți, constă în scheme explicative prestabilite (de exemplu, dezvoltare psihosexuală cu fixații, triangulare) la care se face apel în cazuri multiple pentru a rezolva problemele. Teoria informală, adoptată de clienți, implică ideile lor personale cu privire la cauzele nemulțumirilor lor particulare. Held sugerează că strategiile pot fi selectate din orice model, pe baza corespondenței cu teoria informală a clientului. Duncan, Solovey și Rusk (1992) demonstrează clinic un astfel de proces de selecție în abordarea lor „centrată pe client”.

Duncan și Moynihan (1994) afirmă că utilizarea teoriei schimbării adoptată de client facilitează o relație favorabilă, stimulează implicarea clientului și, prin urmare, mărește șansele unui rezultat pozitiv. Duncan, Hubble și Miller (1997) consideră că teoria clientului vizînd schimbarea este esențială pentru succes, indiferent de modelul utilizat de terapeut și

mai ales în cazuri „imposibile”. De asemenea, Frank (1995) conchide: „Sînt înclinat să susțin ideea că eficacitatea relativă a majorității metodelor psihoterapeutice depinde aproape exclusiv de gradul de succes cu care terapeutul adaptează metodele la așteptările pacienților” (p. 91).

Cercetători reprezentînd o gamă largă de orientări clinice tind să fie de acord cu faptul că percepțiile clientului cu privire la etiologia și soluționarea unei probleme au tendința să afecteze procesul și rezultatul terapiei. Dar au oare aceste presupuse impacturi o susținere empirică?

Studii vizînd utilizarea: scurte exemple

Cercetarea legată de fenomenul atribuirii are o influență importantă asupra aspectelor teoretice dezbătute anterior. Claiborn, Ward și Strong (1981) au plasat clienții în condiții care erau fie în dezacord, fie în acord cu convingerile terapeutului referitoare la cauzalitatea problemei. Clienții care au beneficiat de contextul bazat pe acord au avut așteptări mai mari legate de schimbare, au atins un nivel ridicat al schimbării și s-au declarat mai satisfăcuți, în comparație cu cei care s-au aflat într-un context bazat pe dezacord. Tracey (1988) a investigat congruența atributivă sub aspectul responsabilității pentru cauza problemei și a descoperit că acordul dintre terapeut și client era asociat în mod semnificativ cu satisfacția clientului și cu ameliorarea

acestuia și era invers proporțional cu încheierea prematură a tratamentului.

Două studii (Atkinson, Worthington, Dana și Good, 1991; Worthington și Atkinson, 1996) au demonstrat că percepțiile clienților cu privire la concordanța convingerilor lor despre cauze cu cele ale terapeutului erau asociate cu evaluarea pozitivă a credibilității terapeutului și cu gradul de satisfacție a clienților față de terapie. În mod similar, Hayes și Wall (1998) au descoperit că succesul tratamentului depinde de acordul dintre atribuirile clienților și ale terapeuților cu privire la responsabilitatea clientului pentru o problemă. Ei au sugerat că gestionarea atentă a atribuirilor clientului și adaptarea intervențiilor în mod corespunzător amplifică eficacitatea.

Așteptările clienților și convingerile cu privire la credibilitatea anumitor proceduri terapeutice pot fi un factor important pentru a anticipa cine va beneficia de pe urma terapiei. De exemplu, Hester, Miller, Delaney și Meyers (1990) au comparat tratamentul tradițional al alcoolismului cu o abordare bazată pe învățare. Clienții care considerau că problemele cu alcoolul erau cauzate de o boală aveau mai multe șanse să fie abstinenți la evaluarea de după șase luni dacă beneficiau de tratamentul tradițional al alcoolismului. Clienții care credeau că problemele cu alcoolul erau un obicei rău aveau șanse mai mari de succes dacă participau la terapia bazată pe învățare. Acordul dintre convingerile și așteptările clientului și abordarea terapeutică s-a dovedit esențial. În sfîrșit, Crane, Griffin și Hill (1986) au descoperit că măsura în care tratamentul părea să se „potrivească” cu concepțiile clienților despre propriile probleme explica 35% din varianța rezultatelor.

Se pare că studiile relevă în mod repetat faptul că gradul de credibilitate al intervenției, adecvarea sau alinierea cu teoria schimbării adoptată de client constituie o variabilă demnă de atenție. Alianța oferă argumente suplimentare pentru importanța utilizării teoriei schimbării adoptate de client în vederea obținerii unui rezultat pozitiv.

Alianța

Să punem față în față două situații: utilizarea teoriei clientului și cea a orientării terapeutului, indiferent de caz. Pentru Erickson, loialitatea teoretică poate conduce la simplificări exagerate în ceea ce privește oamenii, poate bloca posibilitățile de schimbare și poate promova inflexibilitatea tehnică: „Fiecare persoană este unică. Prin urmare, psihoterapia ar trebui formulată astfel încît să satisfacă mai degrabă unicitatea necesităților individului decît să fie urmărită adaptarea persoanei la patul lui Procust teoriei ipotetice a comportamentului uman” (Zeig și Gilligan, 1990, p. xix).

Datele nu sugerează reformularea problemei acuzate de client în limbajul specific al orientării terapeutului, ci opusul: terapeuții trebuie să acorde întîietate percepțiilor clientului, nu teoriei, și să-i permită clientului să direcționeze opțiunile terapeutice. Un astfel de proces practic garantează siguranța unei alianțe solide.

Gaston (1990) rezumă alianța în termenii a patru componente: (1) relația afectivă a clientului cu terapeutul, (2) capacitatea clientului de a avansa spre un anumit obiectiv în cadrul terapiei, (3) înțelegerea și implicarea empatică a terapeutului și (4) acordul dintre client și terapeut cu privire la scopurile și misiunile terapiei. Dacă elementele 1 și 3 reiterează importanța relației, participarea clientului și acordul vizînd obiectivele și misiunile se referă la echivalența dintre convingerile clientului și cele ale terapeutului cu privire la *modul în care se schimbă oamenii pe parcursul terapiei (Gaston, 1990)*.

Prin urmare, utilizarea teoriei clientului construiește în mod proactiv o alianță solidă, promovînd acordul terapeutului cu convingerile clientului despre schimbare, precum și despre obiectivele și misiunile terapiei. Terapeutul și clientul colaborează pentru a elabora intervenții care să fie în acord cu experiența clientului și cu modul în care acesta interpretează problema. Astfel, intervențiile reprezintă o manifestare a alianței în plină acțiune.

Utilizarea teoriei clientului: indicații practice

În fiecare client se află o teorie a schimbării unică, personală, care așteaptă să fie descoperită, un cadru al intervenției care trebuie dezvăluit și utilizat în vederea unui rezultat de succes. Pentru a afla care este această teorie, terapeutul se poate transpune în situația unui străin care își

dorește o cunoaștere autentică a interpretărilor și experiențelor culturale ale clientului. Clinicienii trebuie să adopte concepțiile clienților în condițiile acestora din urmă, cu tendința de a privi situația din perspectiva lor.

După întrebările directe vizînd obiectivele clientului, urmează întrebările despre propriile păreri referitoare la intervenție. Ce dorește clientul de la tratament și cum pot fi atinse acele obiective ar putea fi cele mai importante informații care pot fi obținute. Amintiți-vă cum l-a întrebat Erickson pe Bob care este concepția lui despre schimbare și cu ce i-ar putea fi el de ajutor.

Răspunsurile clienților la întrebări asemănătoare oferă o imagine asupra teoriei clientului și o cale spre un deznodămînt pozitiv.

- Care sînt ideile dumneavoastră despre ceea ce trebuie să se întîmple ca să apară o îmbunătățire?
- Oamenii intuiesc adesea nu doar care este cauza unei probleme, ci și ce anume o va rezolva. Aveți o teorie despre modul în care ar putea surveni schimbarea în acest caz?
- Cum credeți că eu și acest proces vă putem fi utili pentru a vă atinge obiectivele?

De asemenea, este util să ascultați pur și simplu sau să puneți întrebări cu privire la metoda obișnuită sau experiența clientului în ce privește schimbarea. Credibilitatea procedurii este sporită cînd se bazează pe o experiență anterioară reușită a clientului, cînd este asociată cu aceasta sau cînd îi amintește de ea. Erickson s-a folosit de soluția anterioară care dăduse rezultate în cazul lui Kim: închiderea tinerilor goi în dulap, pentru a-i sugera să pună episoadele psihotice într-un plic.

• Cum are loc de obicei schimbarea în viața clientului?
• Ce fac clientul și ceilalți pentru a iniția schimbarea?

Utilizarea teoriei clientului survine cînd o anumită procedură terapeutică este în acord cu sau completează convingerile preexistente ale clientului referitoare la problemele sale și la procesul schimbării. Prin urmare, terapeutul pur și simplu ascultă, apoi amplifică poveștile, experiențele și interpretările prezentate de clienți cu privire la problemele lor, precum și gîndurile, sentimentele și ideile lor referitoare la modalitățile optime de abordare a acelor probleme. Nivelul și intensitatea contribuției terapeutului variază și sînt determinate de așteptările clienților vizînd rolul acestuia. *Teoria clientului despre schimbare este o „realitate emergentă" care iese la iveală prin intermediul unei conversații structurate de curiozitatea terapeutului cu privire la ideile, atitudinile și speculațiile clientului privind schimbarea.* Pe măsură ce teoria clientului evoluează, terapeutul introduce soluțiile identificate de client sau caută o abordare adecvată teoriei acestuia și care oferă totodată posibilități de schimbare.

Cazul lui Tom

Tom, student în vîrstă de 18 ani, este de cinci ani tot mai tulburat de gîndul de a întreține relații sexuale cu băieți.

Prima ședință

C: Mă simt atras fizic de copii, dar nu am făcut nimic în sensul acesta. Sînt pedofil. Am citit mult despre pedofili. Poți să renunți la acest comportament dacă ești tînăr și vrei să faci asta. Dar, pentru orice eventualitate, mă interesez în legătură cu castrarea chimică. Știu însă că, dacă apelez la ajutorul unui expert, șansele mele se pot îmbunătăți. Știți, mintea unei persoane normale nu funcționează așa, nu visează la copii. Mintea mea e programată să gîndească așa.

Tom și-a împărtășit concepțiile legate de problema lui (este pedofil), de modul în care va surveni schimbarea (să renunțe la acest comportament) și la rolul terapeutului (expert). Deși terapeutul nu credea că Tom este pedofil, nu i-a pus sub semnul întrebării convingerea.

T: Dacă te-ai gîndit și te-ai documentat mult despre asta și ți-ai pus singur diagnosticul, te-ai gîndit și la felul în care îți vei atinge obiectivele?

C: Da, va fi nevoie de timp. Vreau doar să cunosc o femeie care să mi se pară foarte specială, care să țină la mine, cu care să mă simt confortabil, în siguranță. Dar mai întîi trebuie să mă concentrez asupra acelor gînduri.

Teoria clientului despre schimbare prinde contur. Va renunța la gîndurile sale despre copii, dacă va cunoaște pe cineva care să țină la el. Dar, mai întîi, spune Tom, trebuie să se concentreze asupra gîndurilor sale; prin urmare, a primit

sarcina de a da curs liber gîndurilor sale și de a învăța de la ele.

Ședința a doua

C: Mi-am dat seama că din viața mea lipsește ceva. Am nevoie de cineva, dincolo de familia mea, cu care să-mi împart viața, am nevoie de o relație. Dar chiar nu știu de unde să încep.

T: Așadar, crezi că, dacă te vei afla într-o relație, gîndurile despre copii vor dispărea?

C: Da, sînt convins.

Teoria despre schimbare a lui Tom a fost dezvăluită. Implicarea într-o relație este metoda pe care o alege el pentru a-și elimina gîndurile. Terapeutul îi atribuie o altă sarcină care conferă credibilitate convingerilor lui Tom referitoare la problemă și la soluția ei. Bazîndu-se pe aptitudinile de cercetare ale lui Tom și pe succesul său în privința sarcinilor terapeutice, îi cere să observe relații, pentru a identifica tipul de relație pe care și-ar dori să o aibă.

Ședința a treia

C: Am analizat relații, am discutat cu diverși oameni și am găsit unele cărți interesante. Voiam să vă spun că, dacă s-ar ivi situația, n-aș face nimic cu un copil. Visurile sînt visuri, iar acțiunile sînt acțiuni. Există o schimbare

pozitivă. Credeam că sînt pedofil. Acum știu că doar îmi imaginez. Nu fac decît să fantazez și probabil aș putea avea fantezii despre orice.

Fără a i se pune la îndoială convingerile, Tom își schimbă opinia cum că ar fi pedofil. Terapeutul amplifică și consolidează schimbarea, iar Tom vorbește despre planurile sale de a vorbi cu femei. Terapeutul urmează traseul pe care evoluează clientul.

Ședința a patra

C: Am sărutat o fată! Vorbeam cu ea, a privit în jos și am sărutat-o. A fost amuzant și m-am simțit bine. Știu că mă interesează fetele și cred că lucrurile se schimbă, dar cum pot fi sigur?

T: S-a mai redus frecvența gîndurilor?

C: Cred că da, dar nu sînt sigur.

Tom și-a comunicat vestea entuziasmantă și nesiguranța cu privire la amploarea schimbării. Terapeutul a evidențiat din nou schimbarea și a consolidat conexiunea dintre implicarea într-o relație și diminuarea gîndurilor. Pentru a evalua progresul lui Tom, terapeutul i-a cerut să-și monitorizeze și să-și analizeze gîndurile.

Ședința a cincea

> C: M-am achitat de sarcină și am descoperit că gîndurile mi s-au diminuat considerabil. Dacă am fantezii cu un copil, acum îmi pot transfera imediat gîndurile asupra unei femei. Mă excită să mă gîndesc la femei. Mi-am reprogramat gîndirea. Mă simt minunat.

Tom avea propria lui teorie despre cum să-și rezolve problema, iar respectarea teoriei lui a creat un spațiu în care și-a putut valorifica punctele forte. Pe parcursul terapiei, ideile clientului au direcționat procesul; terapeutul a utilizat teoria schimbării lansată de Tom pentru a coordona acțiunile terapeutice directe. Ședințele de evaluare a rezultatelor au relevat că Tom a continuat să fie atras de femei și a încercat să relaționeze cu ele.

Erickson avea dreptate

Acest mic istoric a dezvăluit o rețea teoretică vastă, alcătuită din orientări diferite conectate prin faptul că susțin consecvent importanța corelării ideilor clientului despre formarea și rezolvarea problemelor. Am exemplificat pe scurt literatura despre atribuire, așteptări și alianță și am stabilit că aceste studii disparate sînt, sub aspectul argumentelor empirice, în acord pentru utilizarea teoriei clientului privind

schimbarea (adecvarea sau adaptarea la aceasta, adoptarea unor atribuiri comune cu aceasta, garantarea credibilității).

Din perspectivă istorică, discursul despre sănătatea mentală le-a rezervat clienților roluri anonime și lipsite de identitate în procesul terapeutic. Această atitudine se schimbă. Clienții nu mai sînt cartonașe decupate, care pot fi înlocuite unul cu altul, identificate doar prin diagnostic sau prin tipul problemei, ci ajung să fie *înșăși* sursa cunoașterii și soluția. Ei sînt adevărații eroi și eroine ale dramei terapeutice.

Descoperirea „hărții" clientului nu relevă doar destinația dorită de ei pentru călătoria terapeutică, ci și posibile trasee pentru a ajunge acolo. Pe parcursul acestui demers, clienții noștri ne-au arătat trasee despre care nu ne închipuiserăm vreodată că ar exista.

Dezvoltarea unui discurs orientat spre client, informat cu privire la rezultat

Dacă discursul orientat spre client este familiar pentru mulți, rămîne încă necunoscut modul în care acel discurs ne poate legitima eforturile pentru terții care suportă costurile. Credem că utilizarea ulterioară a ideilor și percepțiilor clienților este esențială. Evaluarea și utilizarea informațiilor despre rezultate, conform definiției clientului, pot fi cea mai bună posibilitate de a dovedi valoarea serviciilor acordate de terapeuți pentru reducerea costurilor serviciilor medicale.

Dezvoltarea unui astfel de discurs informat cu privire la rezultat nu trebuie să fie un proces complicat sau care necesită mult timp. Terapeuții pot alege pur și simplu dintre

măsurile deja existente, standardizate, a căror adoptare necesită doar cîteva minute și care sînt însoțite de date normative, în scopuri comparative. În loc să repete greșelile trecutului și să încerce să stabilească „ce abordare este eficientă pentru o anumită problemă”, aceste metode caută să determine dacă o anumită abordare dă sau nu rezultate în cazul unui anumit client, într-un anumit moment. Ele se axează pe factorii despre care cercetarea a dovedit că au o contribuție semnificativă la rezultat: integrarea punctelor forte și a ideilor clientului și dezvoltarea unei alianțe terapeutice solide (Hubble, Duncan și Miller, 1999). Totodată, utilizarea măsurătorilor standard ar elimina „planurile de tratament” care conțin informații personale delicate și potențial dăunătoare.

Informațiile obținute prin intermediul acestor instrumente sînt „readministrate” chiar prin intermediul procesului terapeutic (Duncan și Miller, 2000). Această desprindere radicală de utilizarea tradițională a instrumentelor de evaluare le oferă clienților o modalitate nouă de a investiga și de a comenta propriul lor progres și terapia lor continuă. Procesul este simplu: clienții informați și care informează se simt conectați cu terapeutul lor și cu procesul terapeutic; participarea lor este încurajată și utilizată drept componentă esențială a schimbării (Duncan, Sparks și Miller, 2000).

În mod regretabil, clientul a fost exclus din procesul care vizează responsabilitatea pentru rezultate și servicii. Folosirea măsurilor care recunosc experiența clientului în ce privește progresul și satisfacția le-ar permite clienților să-și *gestioneze* cu adevărat terapia. Vocea clientului ar fi utilizată în mod oficial în toate aspectele terapiei, impunînd astfel un discurs

cu totul diferit – nu o abordare patologică sau de tratament, ci discursul clientului.

Utilizarea teoriei clientului privind schimbarea

- Considerați-vă un străin care încearcă să înțeleagă, pornind de la zero, clientul și concepțiile acestuia despre schimbare.
- Explorați poveștile, experiențele și interpretările clienților care sînt deosebit de relevante pentru problemă și pentru rezolvarea ei.
- Adresați-i clientului întrebări despre obiectivele terapiei și ideile sale vizînd schimbarea; ascultați-i răspunsurile.
- Adresați-i întrebări despre modul în care a survenit schimbarea anterior, inclusiv despre tentativele anterioare de a se schimba.
- Asigurați-vă că terapia amplifică, integrează sau completează convingerile preexistente ale clientului în legătură cu problema și cu procesul schimbării.

Bibliografie

Asay, T., Lambert, M. (1999). The empirical case for the common factors in therapy. În M. Hubble, B. Duncan, S. Miller (eds.), *The heart and soul of change*. Washington, DC: APA Books.

Atkinson, D., Worthington, R., Dana, D., Good, G. (1991). Etiology beliefs, preferences for counseling orientations, and counseling effectiveness. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 258-264.

Bachelor, A., Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. În M. Hubble, B. Duncan, S. Miller (eds.), *The heart and soul of change.* Washington, DC: APA Books.

Berg, I.K., Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker.* New York: Norton.

Brickman, P., Rabinowitz, V., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E., Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 368-384.

Claiborn, C., Ward, S., Strong, S. (1981). Effects of congruence between counselor interpretations and client beliefs. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 101-109.

Crane, R.D., Griffin, W., Hill, R.D. (1986). Influence of therapist skills on client perceptions of marriage and family therapy outcome: Implications for supervision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 91-96.

Duncan, B., Hubble, M., Miller, S. (1997). *Psychotherapy with „impossible" cases.* New York: Norton.

Duncan, B., Miller, S. (2000). *The heroic client.* San Francisco: Jossey-Bass.

Duncan, B., Moynihan, D. (1994). Applying outcome research: Intentional utilization of the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 31(2), 294-301.

Duncan, B., Solovey, A., Rusk, G. (1992). *Changing the rules: A client-directed approach.* New York: Guilford.

Duncan, B., Sparks, J., Miller, S. (2000). Recasting the therapeutic drama: A client-directed, outcome-informed

approach. În F. Datillio, L. Bevilacqua (eds.), *Comparative treatment in couples relationships.* New York: Springer.

Erickson, M. (1980). *The nature of hypnosis and suggestion: The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. I (E.L. Rossi, ed.). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly.* San Francisco: Jossey-Bass.

Frank, J.D. (1995). Psychotherapy as rhetoric: Some implications. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 2, 90-93.

Frank, J.D., Frank, J.B. (1991). *Persuasion and healing* (ed. a III-a). Baltimore: John Hopkins University Press.

Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 143-152.

Hayes, J., Wall, T. (1998). What influences clinicians' responsibility attributions? The role of problem type, theoretical orientation, and client attribution. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 69-74.

Held, B.S. (1991). The process/content distinction in psychotherapy revisited. *Psychotherapy*, 28, 207-217.

Hester, R., Miller, W., Delaney, H., Meyers, R. (noiembrie 1990). *Effectiveness of the community reinforcement approach.* Prezentată la a 24-a întîlnire anuală a Association for the Advancement of Behavior Therapy. San Francisco.

Hoch, P. (1955). Aims and limitations of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 112, 321-327.

Miller, S., Duncan, B., Hubble, M. (1997). *Escape from Babel*. New York: Norton.

Rossi, E.L. (1980). *Innovative hypnotherapy by Milton Erickson*. New York: Irvington.

Tallman, K., Bohart, A. (1999). The client as a common factor. În M. Hubble, B. Duncan, S. Miller (eds.), *The heart and soul of change.* Washington, DC: APA Books.

Torrey, E. (1972). *The mind game.* New York: Emerson Hall.

Tracey, T. (1988). Relationship of responsibility attribution congruence to psychotherapy outcome. *Journal of Social and Clinical Psychology,* 7, 131-146.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974). *Change: Problem formation and problem resolution.* New York: Norton.

Wile, D. (1977). Ideological conflicts between clients and psychotherapists. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 437-449.

Worthington, R., Atkinson, D. (1996). Effects of perceived etiology attribution similarity on client ratings of counselor credibility. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 423-429.

Zeig, J.K., Gilligan, S.G. (eds.) (1990). *Brief therapy: Myths, methods, and metaphors.* New York: Brunner/Mazel.

Lecturi recomandate

Dolan, Y. (1985). Ericksonian utilization and intervention techniques with chronically mentally ill clients. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. II. New York: Brunner/Mazel.

Duncan, B., Hubble, M., Miller, S. (1998). Is the customer always right? Maybe not, but it’s a good place to start. *Family Therapy Networker,* martie/aprilie, 81-90.

Duncan, B., Hubble, M., Miller, S., Coleman, S. (1998). Escaping the lost world of impossibility: Honoring clients' language, motivations, and theories of change. În M.A. Hoyt (ed.), *Handbook of the constructive therapies.* San Francisco: Jossey-Bass.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances.* New York: Brunner/Mazel.

Stern, C. (1985). There's no theory like no-theory: The Ericksonian approach in perspective. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. I. New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. (1985). The Erickson hook. Values in Ericksonian approaches. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. I. New York: Brunner/Mazel.

1. Autorii vor să le mulțumească lui Jim Keim și lui Douglas Flemons pentru contribuția lor extrem de valoroasă la acest capitol.

Capitolul 5

Crearea unui context pentru hipnoză: căutarea unei tematici a resurselor și integrarea acesteia într-o ședință de hipnoză ericksoniană

Robert B. McNeilly

Cînd am auzit prima oară de hipnoză, am fost interesat. Cînd l-am auzit pe John Hartland vorbind în 1975 despre experiența sa personală cu Erickson, am fost intrigat. Cînd am văzut înregistrarea video a lui Lustig (1975) *Arta lui Milton H. Erickson* la Philadelphia, în 1976, am fost absolut impresionat. Cînd am citit *Uncommon Therapy* de Haley (1973), am fost uluit. Cînd l-am cunoscut personal pe Erickson, în 1977, am simțit că ajunsesem unde trebuie. Cînd l-am auzit vorbind despre respectarea individualității, concentrarea asupra resurselor și utilizarea elementelor pe care le aduce clientul în terapie și cînd l-am văzut punînd în practică acele idei, am fost încîntat. A fost o experiență copleșitoare. Mi-au trebuit cîțiva ani ca să nu mă mai simt copleșit, astfel încît să pot începe să folosesc ce învățasem de la el, în loc să încerc să-l

imit. Cele ce urmează reprezintă o reflecție privind modul în care am adaptat ceea ce am învățat și cum a evoluat în ultimii 15 ani ceea ce învățasem.

În acea perioadă eram măcinat de întrebări: „Ce face Erickson?”, „Cum știe ce să facă și cînd anume?”, „Cum aș putea vreodată să fac așa ceva?”, „Ce anume ar trebui să caut?”, „Acum, că am observat ceva, cum aș putea folosi asta?”.

În ultimii ani am început să apreciez tot mai mult experiența pe care o poate genera hipnoza. Văd importanța centrală a limbajului și a încercării de a afla, prin ascultare, ce anume vrea fiecare client. Mi-a devenit tot mai clar că terapia eficientă depășește orice tehnică și include în mod necesar crearea unei relații terapeutice coerente bazate pe respect.

Unul dintre cele mai importante aspecte pe care le-am învățat este să-l ascult pe client, încercînd să aflu mai degrabă „ce lipsește” decît „care e problema”. Pot apărea astfel resurse care lipseau și care servesc drept direcție sau temă a procesului terapeutic. Această perspectivă orientează cumva gestionarea îngrijorărilor cu privire la modul în care să începem și ce fel de inducție, metafore și sugestii vor fi cele mai eficiente.

Elementele pe care le consider cele mai relevante sînt:

- Cum putem asculta cel mai bine pentru a identifica o resursă?
- Cum putem identifica tema unei ședințe pornind de la resurse?
- Cum putem integra o astfel de temă bazată pe resurse într-o ședință de hipnoză?

Perspective ericksoniene vizînd accesarea resurselor

În prefața volumului Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1973) Erickson scria: „Psihoterapia e căutată nu neapărat pentru elucidarea trecutului care nu mai poate fi schimbat, ci din cauza insatisfacției legate de prezent și a dorinței de a îmbunătăți viitorul”. Ni se atrage atenția să căutăm resurse pe care clienții le pot folosi pentru a declanșa o astfel de îmbunătățire.

Ce însemnătate are hipnoza?

Hipnoza stimulează relaționarea

Cînd lucrăm cu cineva folosind hipnoza este o experiență unică, în care există sentimentul de a fi cu altă persoană într-un mod foarte special. Hipnoza poate genera relaționarea, creînd cadrul pentru o comunicare bazată pe respect și încredere. Prin urmare, cînd adresăm întrebări unui pacient în legătură cu problema sa, conversația poate avea loc în contextul creării unei relații respectuoase.

Hipnoza permite observații noi

Erickson considera că problemele sînt extinderi ale experiențelor cotidiene. El se referea la probleme ca la niște situații în care oamenii se implicaseră cumva și din care nu știau să iasă. El a conferit problemelor atributul normalității, pentru a le reconecta cu experiențele cotidiene.

> O asistentă medicală stagiară mi-a spus acum cîțiva ani că voia să slăbească. Zicea că problema consta în budincile de caramel servite la spital. La 11.30 începeau să o „ademenească”. Voia să o hipnotizez ca să dobîndească un oarecare control. I-am prezentat în schimb ideea că putea încerca să evite să fie hipnotizată de budinci. Deoarece era dimineață, i-am spus: „Ce-ar fi să plecați, să mergeți la cantina spitalului și să priviți budincile; vedeți dacă le puteți hipnotiza să rămînă pe raft, înainte ca ele să vă hipnotizeze să le luați”. A rîs. Și a descoperit că budincile au reacționat foarte bine la hipnoza ei! În loc să se gîndească la problema ei legată de greutate ca fiind una de voință, a sesizat asemănările dintre comportamentul ei și comportamentul hipnotic. Astfel, a găsit o cale de a întrerupe tiparele dăunătoare.

Hipnoza generează experiență

Hipnoza oferă un mod deosebit de previzibil de a accesa o experiență. O mare parte din activitatea terapeutică poate fi realizată discutînd despre o experiență: „Cum a fost? Cînd a

început? De ce a avut loc?”. Cînd se discută despre o experiență, aceasta va fi rememorată într-o oarecare măsură. Hipnoza oferă însă o modalitate de a accesa intenționat fiziologia, emoțiile, procesele experienței propriu-zise.

Hipnoza facilitează învățarea

Oamenii *învață* să aibă probleme. Dar pot și să se dezvețe de probleme și să învețe noi modalități de comportament. În hipnoză, ne putem aștepta la modificări ale percepției, la o flexibilitate sporită a experienței. Trecutul, prezentul și viitorul par să fuzioneze și să devină interșanjabile. Timpul pare să treacă mai rapid, mai lent sau poate lăsa impresia că se oprește. Apar modificări ale amintirilor. Senzațiile se schimbă. Această fluiditate a experienței oferă un fundament pentru schimbare și învățare. Ideea de a învăța introduce dispoziția posibilității viitoare, o dispoziție esențială pentru schimbarea terapeutică. Deoarece hipnoza poate genera experiență, poate promova și învățarea.

Poate că hipnoza nu e singura modalitate de a lucra care generează o relație. Poate că nu e singura modalitate de a genera un ansamblu de observații. Poate că nu e singura modalitate de a direcționa o experiență sau de a stimula învățarea. Însă este unica modalitate prin care ne putem plănui conversațiile și interacțiunile astfel încît să influențeze probabilitatea de a crea într-adevăr experiențe de învățare.

Începerea unei ședințe

Întrebarea „Ce îți place să faci?” sau „Ce anume îți face plăcere?” îi permite clinicianului să aibă acces la individualitatea fiecărui client. Răspunsurile la aceste întrebări sînt o fereastră deschisă spre viața clientului. Astfel de întrebări ne informează cu privire la aspirațiile, pasiunile, speranțele de viitor ale clienților. Putem încerca să identificăm cuvinte, sintagme și metafore importante în descrierea acestora, pentru a le folosi cînd abordăm problema.

Începînd ședința cu o conversație despre ceea ce îi place, clientul este invitat să răspundă mai degrabă ca o persoană decît ca un caz. Creăm o dispoziție care stimulează o relație terapeutică de normalitate. Din această perspectivă, problemele pot fi considerate circumstanțe în care resursele funcționale în alte segmente din viața clientului nu sînt utilizate în mod adecvat. Dacă întrebăm ce îi place clientului, putem avea șansa de a căuta resursele care ne lipseau și care pot fi utile în domeniul problemei.

Care este problema?

Putem întreba „Care este problema?” sau putem pune întrebări care formulează o presupunere, cum ar fi: „Dacă am putea face ceva util, despre ce anume ar fi vorba?”, „La ce v-ar plăcea să lucrați astăzi, astfel încît să vedeți vreo diferență utilă?”, „La ce anume ați vrea să aveți succes?”. Sînt întrebări care ajută la găsirea unei soluții încă de la început.

Ce lipsește?

În loc să întrebăm „Care e problema ce trebuie rezolvată?”, îl putem întreba pe client „Ce anume lipsește și ar putea rezolva problema?”. Aceste întrebări ajută la orientarea conversației în direcția găsirii resurselor și căutării soluțiilor.

Modalități de identificare a unei teme a resurselor

Putem adresa întrebarea: „Prin ce anume vei fi diferit după ce vom fi terminat aici?”. Putem întreba cum se simțea clientul înainte de apariția problemei, încercînd să aflăm ce resurse erau folosite atunci. Îi putem spune clientului să intre în hipnoză, să-și imagineze că merge în viitor, cînd problema a fost rezolvată, și să-l întrebăm: „Ce e diferit?”. Răspunsul la aceste întrebări ar putea include: „Mă simt mai calm”, „Aș fi mai încrezător”, „M-aș distra mai mult”. Răspunsurile pot oferi o orientare pentru inducție, metafore și sugestii.

Inducția hipnozei

După ce am identificat o temă a resurselor pentru clienți, aceste teme pot fi introduse în inducție. Inducția poate include invitația de a avea răbdare, să nu se grăbească, să observe doar experiențele de confort tot mai sporit.

Metafore

Îi putem prezenta clientului povești despre alte persoane care aveau probleme asemănătoare. Poate că persoanele respective au învățat să-și acorde un răgaz, să se relaxeze, să respire adînc, astfel încît să poată continua ceea ce aveau de făcut. Acordîndu-și timpul necesar, au reușit să realizeze mai mult cu mai puțină presiune.

În etapa inducției, puteam spune povestea cuiva, poate a unei tinere căreia îi plăcea să se plimbe în mijlocul naturii. Femeia respectivă nu mai lua în seamă trecerea timpului, pur și simplu bucurîndu-se de experiență. Nu mai simțea nevoia să numere de cîte ori piciorul ei stîng atingea pămîntul, de cîte ori inspira și expira ori să-și amintească unghiul mediu de înclinare a potecii. Reușise să devină atît de absorbită de experiența oferită de plăcerea plimbării, încît timpul a trecut, iar ea și-a încheiat drumeția simțindu-se mulțumită și energizată.

Despre finalul hipnozei

În loc să întrebăm „Cum a fost?”, putem întreba „Ce anume observi acum diferit față de atunci cînd am început?”. Orice este util poate fi validat și amplificat. Dacă un client spune că se simte mai calm și că-și dorea acest lucru, îl putem încuraja spunînd „Asta e bine”. De asemenea, putem face observații cu privire la schimbările corporale, prin comentarii precum „Pari mai relaxat decît înainte” sau „Pari mai odihnit” sau orice altă observație utilă procesului. Stimulînd în mod

intenționat semnale ale prezenței temei resurselor, putem face procesul terapeutic să progreseze.

Pregătirea învățării ulterioare

Încheierea unei ședințe ne oferă încă o șansă de a face sugestii. Îi putem sugera clientului să observe și alte dovezi ale îmbunătățirii, amintind comentariile altora despre schimbările care au avut loc și despre cum s-au bucurat de îmbunătățirile continue, pe măsură ce învățarea progresează, în mod conștient sau nu. Procesul încheierii oferă încă o ocazie de a aduce în discuție tema resurselor, de a menține coerența și relevanța ședinței și de a asocia învățarea cu viața de zi cu zi a clientului.

Exemple clinice

Cazul 1

Eric, un student de 25 de ani, a solicitat tratament prin hipnoză pentru depresie. A descris că se simte împovărat și lipsit de speranță, de parcă totul îl copleșea. A spus din proprie inițiativă că își amintea că tatăl lui îl agresa verbal în copilărie. Îi lipseau sentimentul de liniște, capacitatea de a se simți mai legat de familie și încrederea că va reuși să treacă peste asta. A spus că îi plac jazzul (mai ales saxofonul),

plimbările la țară și cititul. Am decis să lucrez cu tema liniștii și încrederii, muzica fiind domeniul preferat. La începerea inducției, i-am sugerat să se uite în jur și să găsească ceva, la alegere. Putea închide ochii cînd era pregătit. Își putea imagina că ascultă muzica sa preferată. Nu trebuia să asculte nimic din ce spuneam eu dacă nu i se părea interesant și se putea simți încrezător în capacitatea lui de a se bucura de muzică, din moment ce o știa atît de bine.

I-am amintit lui Eric că, atunci cînd a învățat prima oară să asculte muzică, toate instrumentele își amestecau sunetul. Poate că era copleșit de această complexitate, dar, pe măsură ce a continuat să asculte, a învățat să se simtă mai încrezător, recunoscînd sunetele distincte ale instrumentelor, melodiile care îi plăceau cel mai mult, ce anume îl satisfăcea. Atunci a fost capabil într-adevăr să se conecteze la muzică.

I-am povestit despre un client care se gîndea să renunțe la cariera de muzician profesionist, din cauză că se simțea copleșit de ideea de a cînta în public. El crease o soluție nouă, imaginîndu-și că muzica cînta la instrument în locul lui. Trebuia doar să se relaxeze și să asculte melodia care lua naștere astfel.

I-am oferit lui Eric o varietate de sugestii cu privire la modul în care ar putea să simtă așa cum voia să se simtă. I-am spus că mă întrebam dacă asta s-ar întîmpla lent și treptat sau intermitent la început, sau în vreun alt mod. Cînd a ieșit din hipnoză, a afirmat că se simte liniștit. A spus că se simte mai conectat și că are impresia că acum va face față. L-am felicitat pentru că și-a demonstrat cît de ușor era să învețe. În săptămîna următoare, Eric mi-a spus că într-o singură zi se simțise deprimat și că a putut să-i facă față fără să fie copleșit

de vechile sale sentimente de îndoială și disperare. Învățase să facă față demonului său.

Cazul 2

Simon, un avocat de 34 de ani, voia să fie ajutat să-și învingă anxietatea cronică. Resimțea un stres sporit la serviciu, cauzat de clienții pretențioși și de partenerii seniori. Îi lipsea sentimentul de încredere la muncă. În afara serviciului, îi plăcea golful și era un jucător talentat, se gîndise chiar să devină sportiv profesionist. Am decis să lucrez cu tema resurselor încrederii și independenței, a acceptării dificultăților.

Pe parcursul inducției, am sugerat că putea avea încredere că picioarele îi erau sprijinite pe podea și că nu avea să cadă de pe scaun și că putea simți această încredere independent de mine sau de oricine altcineva. Putea închide ochii cu încredere, cînd era pregătit. De asemenea, am sugerat că putea intra în hipnoză în felul său, cît de profund alegea el și putea să simtă orice considera el ca fiind util, indiferent de ce aș putea spune eu.

I-am amintit că învățarea mersului implicase încredere în mișcarea picioarelor, în echilibrul corpului. Ca jucător de golf talentat, știa multe despre poziția corpului, despre ținerea și legănarea crosei cu încredere. Putea juca cu încredere, ignorînd privitorii și așteptările lor. Juca cel mai bine cînd se baza pe propria experiență și își adapta jocul la context.

I-am povestit despre un înotător campion care aproape își pierduse avîntul fiindcă se uita la poziția celorlalți înotători. A

cîștigat în cele din urmă, ignorînd concurența și axîndu-se pe propriul său ritm de înot. A permis ritmului să-l domine și a cîștigat astfel o medalie de aur.

I-am oferit lui Simon o diversitate de alte sugestii despre sentimente asociate cu încrederea în sine și m-am întrebat cu glas tare cine va fi prima persoană care îi va observa încrederea în sine sporită.

Concluzie

Cînd întrebăm un client despre problema sa, cînd facem speculații cu privire la ceea ce lipsește și încercăm să identificăm prin ascultare o temă a resurselor, putem integra afirmațiile clientului în ședința de hipnoză. În acest mod, forma și conținutul experienței hipnotice sînt coerente cu tema resurselor. În consecință, fiecare aspect al ședinței are șanse să fie terapeutic. Acest proces de observare și utilizare a aportului clienților, cu accent pe resursele și pe individualitatea lor, constituie o piatră de temelie a abordării ericksoniene. Terapia eficientă depășește orice tehnică și include în mod necesar crearea unei relații terapeutice bazate pe respect, contact și coerență. În esență, înseamnă promovarea unei teme a resurselor și utilizarea comportamentelor pacienților pe parcursul procesului.

Bibliografie

American Society of Clinical Hypnosis (1980). Prelegere înregistrată, 7/16/65.

Beahrs, J. (1977). Integrating Erickson's approach. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 55-68.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.

Dolan, Y. (1985). *A path with a heart.* New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M. (1980). The First International Congress on Ericksonian Hypnosis and Psychotherapy. *The collected papers of Milton H. Erickson,* vol. II (E.L. Rossi, ed.). New York: Irvington.

Erickson, M. (1985). *Life reframing in hypnosis.* New York: Irvington.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Haley, J., Richeport, M. (1993). *Milton H. Erickson, M.D.: Explorer in hypnosis and therapy.* Rockville, MD: Triangle.

Lustig, H. (1975). *The artistry of Milton H. Erickson, M.D.* (înregistrare video).

O'Hanlon, W., Martin, M. (1992). *Solution-oriented hypnosis.* New York: Norton.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1973). *Change: principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton.

Yapko, M. (1995). *Essentials of hypnosis.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work.* New York: Brunner/Mazel.

Lecturi recomandate

Echeverria, R. (1994). *Ontologia del lenguage.* Santiago: Dolmen.

Haley, J., Richeport, M. (1993). *Milton H. Erickson, M.D. Explorer in hypnosis and therapy.* Rockville, MD: Triangle.

Lao-tzu (1972). *Tao te ching.* New York: Vintage.

Maturana, H., Varella, F. (1988). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding.* Boston: Shambhala.

McNeilly, R. (februarie 1997). Ericksonian hypnotherapy. *Psychotherapy in Australia*, 3(2).

McNeilly, R., Brown, J. (1994). *Healing with words.* Melbourne: Hill of Content.

Winograd, T., Flores, F. (1986). *Understanding computers and cognition.* New York: Addison-Wesley.

Capitolul 6

Cînd folosim și cînd nu folosim hipnoza, conform tradiției ericksoniene

Terry L. Argast, Richard E. Landis, Pennie Dexter Carrell

În psihoterapia ericksoniană, chestiunea folosirii hipnozei este adesea o extindere a deciziei de a folosi sau nu comunicarea strategică. Betty Alice Erickson (1994) sublinia că Milton H. Erickson, tatăl ei, a spus adesea că nu putea diferenția momentul în care începea hipnoza de cel în care se încheiau alte forme de comunicare. Dr. Erickson a evidențiat în scrierile și prelegerile sale faptul că nu folosea hipnoza formală cu fiecare pacient pe care îl primea mai mult decît orice altă tehnică sau alt instrument specific. Totuși, observîndu-i modalitatea de lucru și studiindu-i relatările publicate, se întrevăd unele tipare ale utilizării hipnozei.

În acest capitol, vom încerca să prezentăm chestiuni relevante atît pentru novice, cît și pentru clinicianul experimentat, vizînd utilizarea adecvată a hipnozei și a comunicării hipnotice. În ceea ce privește folosirea hipnozei

într-un cadru clinic, vom deosebi concepția tradițională a hipnozei (în care terapeutul folosește inducția formală, aprofundarea și sugestiile) de abordarea ericksoniană, care poate fi mai puțin formală și mai indirectă.

De exemplu, într-o ședință cu o adolescentă care credea că are picioarele prea mari, Erickson a folosit o tehnică șoc, călcînd-o „neintenționat" pe picior, apoi spunîndu-i că are picioarele prea mici ca să le observe cineva. Această comunicare strategică a declanșat o schimbare în comportamentul fetei și i-a îmbunătățit adaptarea socială, deși nici ea, nici mama ei nu și-au dat seama că Erickson efectuase o intervenție (Erickson, 1960). Un alt exemplu este cel al unui cuplu de tineri necăsătoriți care au venit la Erickson pentru a obține aprobare medicală pentru avortul pe care părinții o presau pe tînără să-l facă. Erickson, dîndu-și seama că acel cuplu nu își dorea de fapt avortul, le-a spus că, dacă vor într-adevăr acest lucru, atunci în nici un caz nu ar trebui să se gîndească la un nume pentru copil (Erickson, 1950/1980).

În nici unul dintre aceste cazuri nu a existat „inducția formală" în sens tradițional; mai degrabă, în ambele cazuri, a fost indusă o stare de conștiință modificată prin intermediul întreruperii tiparelor, apoi a fost oferită o sugestie. Aceste intervenții se încadrează de fapt într-o definiție mai amplă a hipnozei, în care tehnici indirecte sau strategice sînt folosite în mod paradoxal, pentru a crea modificări la nivelul ansamblului conștient sau pentru a diminua forța acestuia. Diminuarea forței ansamblului conștient are de obicei drept consecință acceptarea unei sugestii oferite de inconștientul

persoanei, în același mod în care acest fapt ar putea avea loc într-o stare mai formală de hipnoză.

Explorînd această idee a „abordării ericksoniene”, vom analiza *cînd* anume un clinician trebuie să folosească hipnoza, din punctul de vedere al *modului* în care folosește starea de hipnoză și utilizează principiile hipnotice în circumstanțe speciale.

Cînd au fost instruiți cu privire la abordările hipnotice tradiționale, autorii au fost avertizați în mod repetat să nu folosească hipnoza la pacienți psihotici sau deprimați sau la persoane cu tulburări de personalitate. Trecerea în revistă a literaturii de specialitate despre folosirea abordărilor tradiționale continuă să descurajeze utilizarea abordărilor tradiționale de hipnoză în cazul acestor tulburări, în mod întemeiat. Folosirea acestora în cazul anumitor tulburări poate fi problematică, iar orice clinician care decide să le utilizeze trebuie să fie precaut.

Totuși, în perioada în care am studiat abordarea ericksoniană, am descoperit că există altă modalitate de abordare a acestor tulburări și de a gestiona îngrijorările clinice formulate de hipnotizatorii tradiționaliști. Dr. Erickson cunoștea și respecta aspectele care pot face ca hipnoza să fie contraindicată în cazul multor pacienți. Totuși, accentul pe care l-a pus pe individualizarea tehnicilor hipnotice pentru a satisface necesitățile fiecărui pacient contrastează clar cu tehnicile standardizate folosite în mod obișnuit în formele mai tradiționale ale hipnozei. Erickson considera că pacienții înseamnă mult mai mult decît diagnosticul lor, iar această concepție privind unicitatea oamenilor a inspirat multe intervenții creative. Haley spunea despre Erickson că

„Abordarea sa terapeutică e caracterizată de concepția conform căreia problemele umane au o diversitate infinită, iar atitudinea lui terapeutică pare flexibilă la infinit” (1967, p. 531).

Această flexibilitate și modul foarte amplu în care Erickson înțelegea comunicarea i-au permis să inducă transa hipnotică unor oameni care nu reacționau la tehnici tradiționale. De fapt, tradiția ericksoniană a hipnozei diferă de conceptul tradițional al hipnozei ca proces prin care formulele inducției sînt recitate de un operator, iar subiectul susceptibil intră în transă, răspunzînd uniform la sugestii. Conform modelului tradițional, calitățile individuale ale operatorului și ale subiectului sînt considerate secundare, în raport cu puterea intrinsecă a transei hipnotice. Astfel, modelul tinde să înghesuie toate clasificările diagnostice ca fiind reacție sau lipsă de reacție la intervențiile hipnotice. Erickson a subliniat modul în care diferențele individuale la nivelul motivațiilor, resurselor, așteptărilor și experiențelor anterioare ale fiecărui operator și ale fiecărui subiect influențează gradul de responsivitate al unei persoane. Astfel, în abordarea ericksoniană, nu există o singură cale de a induce sau de a recepta o transă hipnotică. În consecință, persoanele au tendința să reacționeze sau nu în funcție de circumstanțele unice și de instruirea și de flexibilitatea operatorului, nu de incapacitatea lor proprie de a intra în transa hipnotică.

În acord cu această concepție, Weitzenhoffer (1989) a afirmat că problemele în intervențiile hipnotice apar mai degrabă ca o consecință a utilizării greșite a sugestiei decît a folosirii hipnozei. Literatura de specialitate abundă în exemple de situații în care sugestiile „clinice” erau respectate

de subiect, dar conduceau la rezultate negative, uneori dezastruoase. Erickson arăta că rezultatul negativ era asociat mai degrabă cu inadecvarea sugestiei la necesitățile individuale ale pacientului.

Prin urmare, din perspectivă ericksoniană, oferim următoarele elemente care constituie unii dintre factorii determinanți importanți în ce privește utilizarea sau utilizarea greșită a hipnozei clinice.

Terapeutul trebuie să-și pună următoarele întrebări:

- Ce pregătire am?
- Ce fel de experiență și încredere am?
- Care sînt resursele mele consultative și de supervizare?
- Care sînt motivațiile mele?

Terapeutul trebuie să evalueze pacientul:

- Care sînt motivațiile pacientului?
- Care sînt presupunerile fundamentale ale pacientului?
- Cît de susceptibil este pacientul la decompensare?
- Există posibile afecțiuni medicale de care trebuie să se țină cont?
- Este pacientul sub influența substanțelor sau a alcoolului?
- Este posibilă existența unor considerente de ordin legal?

Vom analiza pe rînd fiecare dintre aceste întrebări.

Ce întrebări trebuie să-și pună terapeutul

Ce pregătire am?

Primul criteriu legat de momentul în care trebuie folosită hipnoza este determinat de competența operatorului. Cu alte cuvinte, clinicianul care utilizează hipnoza trebuie să aibă o pregătire adecvată atît cu privire la tehnica hipnozei, cît și a aplicării acesteia la aspecte clinice particulare. De asemenea, operatorul trebuie să înțeleagă în profunzime psihopatologia tratată la un anumit pacient. Folosirea nediferențiată a hipnozei, lipsită de înțelegere profesională, este lipsită de etică. Prin urmare, este foarte important ca terapeutul să rămînă în aria sa de competență.

Haley (1967) considera că Erickson redefinise și lărgise înțelegerea clinică a „inconștientului" și aplicarea acestuia la comunicarea strategică și la hipnoza clinică. Erickson a utilizat atît tehnicile directe, cît și pe cele indirecte, ori de cîte ori era indicat din punct de vedere clinic. El considera că instruirea în ambele abordări îl face pe terapeut mai flexibil și, prin urmare, mai eficient. Din păcate, nu există nici o definiție universală a hipnozei care să diferențieze toate calitățile ei de cele ale transei naturale, care poate fi indusă prin utilizarea strategică a comunicării indirecte. Această suprapunere a proprietăților ar putea fi atribuită faptului că atît calitățile transei naturale, cît și ale hipnozei țin de domeniul stărilor modificate de conștiință.

Rezolvarea complicațiilor asociate cu utilizarea hipnozei

Unul dintre procesele care fac hipnoza atît de eficientă este faptul că acționează direct asupra inconștientului într-un mod care poate evita mecanismele conștiente normale de apărare. Totuși, „ceea ce este o binecuvîntare poate fi și un blestem” dacă persoana nu are o pregătire adecvată pentru a face față proceselor și sistemelor inconștiente. Cu alte cuvinte, cînd este folosit un instrument cum ar fi hipnoza, care accesează inconștientul în mod direct, pot apărea anumite complicații care nu sînt nici anticipate, nici stimulate în mod voit de către operator și care s-ar putea să nu fie atît de intense sau să apară atît de frecvent în abordări terapeutice care pun accent pe procesele conștiente. Barber subliniază: „Primul pas în evitarea complicațiilor clinice este recunoașterea faptului că pot avea loc” (1998, p. 157). Pregătirea profesională adecvată îl poate ajuta pe clinician să facă față acestor complicații neașteptate, dacă și cînd anume apar. O alianță terapeutică solidă între pacient și terapeut este deosebit de importantă în minimalizarea efectelor negative ale unor astfel de complicații (Barber, 1998; Lynn, Martin și Frauman, 1996).

Intensificarea transferului

Deși transferul constituie o componentă esențială a oricărei terapii în desfășurare, acesta pare să se intensifice îndeosebi cînd este folosită hipnoza (Judd, Burrows și Dennerstein,

1985). Barber (1998) evidențiază cît de brusc pot apărea sentimente intense. Mecanismele normale de apărare ale pacientului pot fi copleșite de sentimentele sau de experiențele provocate pe durata procedurii hipnotice, astfel încît pacientul poate avea dificultăți în gestionarea propriei sale reacții. Printre sentimentele generate se numără de obicei sentimente erotice și sexuale intense sau mînie și resentimente intense. Aceste sentimente sînt comune în relația psihoterapeutică, dar, în contextul hipnozei, ele tind să fie mai imediate, mai frecvente și mai intense. O astfel de prezentare, deși adesea foarte eficientă, poate cauza complicații neașteptate și poate crea o interferență cu obiectivul terapeutic.

Pe de altă parte, cînd este gestionat adecvat, transferul poate fi folosit destul de eficient pentru a progresa în atingerea obiectivului terapeutic. De fapt, Erickson utiliza adesea transferul în vederea stimulării potențialului unei reacții la o sugestie hipnotică. Drept rezultat, pacientul era adesea „motivat” să efectueze unele acțiuni doar pentru a dovedi faptul că Erickson „se înșela”; acțiunea, desigur, era de fapt rezultatul dorit. Un exemplu al acestei utilizări a transferului implică un caz tratat de Erickson în care o femeie recent căsătorită era panicată în legătură cu relațiile sexuale cu soțul ei, reacție asociată cu educația morală și religioasă pe care o primise. Pe parcursul transei, Erickson i-a spus că el ar dori ca ea să-și consume căsătoria într-o vineri, dar ea a ales să facă pasul într-o zi de joi. Mînia cauzată de „controlul” lui Erickson s-a dovedit mai intensă decît anxietatea asociată cu relațiile sexuale (Erickson, 1954).

Abreacția spontană

Unii oameni par să manifeste detresă emoțională cînd intră în transă (Cheek și LeCron, 1968; Frauman, Lynn și Brantar, 1993). Chiar cînd facem inducții de grup foarte inofensive în atelierele noastre de instruire, observăm că un mic procent din participanți sînt „stimulați” și pot avea o reacție emoțională negativă. Acest fapt este adevărat și în situații clinice, cel mai adesea în cazul celor care se află la prima experiență de expunere la transă. Pentru persoanele care au aceste reacții negative, transa pare să fie conectată cu materiale disociate din trecut. Astfel, cînd persoana începe să intre într-o stare de transă, adesea fără nici un avertisment, materialul disociat, avînd de obicei încărcătură emoțională, poate ieși la suprafață și se poate manifesta sub forma unei abreacții spontane. Adesea nu este necesară nici o sugestie din partea terapeutului, dar, desigur, aceasta poate fi oferită neintenționat. În majoritatea cazurilor, abreacția spontană poate fi utilizată în sprijinul obiectivului terapeutic și nu există nici o consecință negativă. Totuși, uneori, specificul surprinzător al emoției sau al materialelor disociate îl poate face pe pacient să simtă neliniște cu privire la activitățile terapeutice ulterioare, mai ales dacă acestea implică transa. În cadrul atelierelor noastre de instruire, am învățat că este cel mai bine ca persoanele să fie pregătite pentru această posibilitate și să le instruim să ne alerteze, dacă nu ne este deja clar, astfel încît experiența să fie procesată adecvat, iar orice consecință negativă inutilă să poată fi limitată. Această suprapunere a proceselor constituie din nou un exemplu al modului în care transa hipnotică și cea disociată constituie

ambele subansamble din categoria mai amplă a stărilor modificate de conștiință.

Conștientizarea neanticipată a sentimentelor, gîndurilor și amintirilor reprimate

Conștientizarea materialelor reprimate este aproape întotdeauna accelerată prin folosirea hipnozei (Judd, Burrows și Dennerstein, 1995; Meares, 1960). În mod normal, dar nu întotdeauna, efectele negative ale recuperării informațiilor reprimate în hipnoză sînt gestionate prin ocolirea mecanismelor normale de apărare și prin crearea unui nivel profund de transă. Totuși, uneori, informațiile reprimate și/sau sentimentele „se infiltrează" în starea de veghe. Cînd apare această „cunoaștere" conștientă, generează adesea o intensificare a simptomatologiei pacientului. Watkins (1987) afirmă că este important ca un clinician care folosește hipnoza să aibă întotdeauna pregătită o strategie pentru a-l ajuta pe pacient să integreze materialul în mod conștient. Erickson considera că hipnotizatorul are de-a face întotdeauna cu doi pacienți: starea de veghe conștientă a persoanei și starea de veghe inconștientă. El a indicat că hipnoza poate fi eficientă doar dacă clinicianul reglează procesul accesării informațiilor inconștiente și, cînd se impune, îl asociază cu modalitățile conștiente de înțelegere. Dacă mintea conștientă nu era pregătită să gestioneze informațiile, era important să le mai „ascundă" un timp. Erickson folosea multe tehnici diferite pentru a echilibra gradul de procesare a informațiilor, printre

care povestiri, șocul și confuzia, amnezia, „infiltrările lente” și conștientizarea treptată.

Ce fel de experiență și încredere am?

Experiența diferă semnificativ de cunoașterea intelectuală a unui lucru. Cunoașterea poate fi dobîndită prin citit și prin obținerea de informații în mod indirect. Nu există însă substitut pentru experiența clinică propriu-zisă. Fiecare terapeut are mai multă experiență într-un domeniu clinic decît în altul. Din cauza forței potențiale a hipnozei, este înțelept ca domeniul său de folosire să fie limitat inițial la aspectele în care terapeutul are cea mai amplă experiență clinică. Pe măsură ce terapeutul își extinde activitatea spre acele zone în care are mai puțină experiență, este necesară utilizarea mai amplă a supravegherii și a consultării.

Erickson (1978) punea accent pe activitatea de practicare a elementelor transei hipnotice pe colegi. El considera că practicarea hipnozei la o populație nonclinică îi acordă terapeutului timpul necesar pentru a dobîndi aptitudinile și încrederea necesare pentru a utiliza hipnoza cu pacienții. Înțelegerea clară a faptului că oamenii sînt diferiți și că aceeași abordare nu dă rezultate în cazul tuturor este necesară pentru hipnotizatorul și/sau terapeutul de succes. Totuși, pentru a explora astfel, se impune ca terapeutul să-și mențină o atitudine de flexibilitate încrezătoare. Erickson avea o înclinație spre experiment și explora mereu idei noi; unele nu dădeau rezultat, dar multe erau eficiente. De exemplu, în cazul tinerei mirese care se temea de consumarea căsătoriei din cauza convingerilor ei morale și religioase (Erickson, 1954), prima intervenție încercată de Erickson a dat

greș, dar flexibilitatea i-a permis să utilizeze eșecul și să elaboreze un potențial de reacție la intervenție care a funcționat. Erickson considera că nimic nu poate înlocui practica și experimentul.

În abordarea ericksoniană a hipnozei și psihoterapiei, abilitatea terapeutului de a le utiliza constituie un factor esențial care determină cu cine și cînd este adecvată folosirea hipnozei. Zeig definește utilizarea drept „disponibilitatea terapeutului de a reacționa strategic la oricare și la toate aspectele pacientului sau ale contextului" (1992, p. 256). În continuare, observă că utilizarea este orientată spre obiectiv. Prin urmare, este nevoie atît de încredere, cît și de experiență pentru a utiliza eficient reacțiile unui pacient la orice intervenție, astfel încît rezultatul să servească obiectivelor terapeutului. Dacă terapeutul nu are nici experiență, nici încrederea să folosească hipnoza la un anumit pacient, indiferent de diagnosticul formal, trebuie să aleagă altă intervenție terapeutică.

Unul dintre elementele pe care Erickson le sublinia pentru succesul hipnozei era importanța nivelului de încredere al terapeutului sub aspectul inducției stării de transă. Desigur, același lucru se poate spune despre convingerea oricărui terapeut referitoare la eficacitatea unei anumite intervenții. Cu toate acestea, este dificil de evaluat în studii controlate variabila respectivă. Adesea, succesul sau eșecul oricărei intervenții este atribuit unei dinamici inerente pacientului, cum ar fi sugestibilitatea. Erickson era ferm convins că succesul sau eșecul unei intervenții depindea mult mai adesea de nivelul de pregătire, experiență și convingere al terapeutului. Cu siguranță, toți sîntem conștienți de faptul că

tiparele comunicării nonverbale exprimă adesea la nivel manifest acele gînduri și sentimente intime, ascunse la nivelul inconștientului. Deși credem că ale noastre, în calitate de terapeuți, sînt „ascunse”, pacienții le pot detecta destul de frecvent.

Rossi și Ryan îl citează pe Erickson în această privință:

> În marea majoritate a cazurilor, competența pe care sînteți dispuși să o emanați vă permite să induceți hipnoza. Este vorba despre dorința voastră de a ști că sînteți capabili de asta. Am efectuat experimente cu studenți la medicină, în cadrul cărora am spus unui grup… că subiectul era foarte puțin predispus… iar altui grup că subiectul era excelent. Primul grup a dat greș, iar al doilea grup a avut succes… Așadar, dacă astfel de rezultate pot fi înregistrate experimental, le puteți înregistra și în practica voastră. Cred că ar trebui să aveți încredere în propriile voastre capacități profesionale și să vă bazați pe ele (1985, pp. 125-126).

În mod ideal, folosirea hipnozei este atît de bine integrată în modelul clinic, încît atinge un nivel de sofisticare la care poate fi folosită creativ și spontan, în limitele expertizei clinicianului și ale obiectivului terapeutic (Parsons-Fein, 1998). Erickson (1952) a spus că de unele tehnici nu s-ar atinge „nici cu prăjina”, dar că admiră rezultatele celor care le folosesc. Poate că avertismentul lui Erickson ar putea suna astfel: nu vă atașați de tehnicile voastre, fiindcă vă veți confrunta cu clienți care nu vor reacționa la ele. De ce să nu aveți cîteva tehnici

dintre care să alegeți, care să fie eficiente în cazul unui număr mai mare de pacienți?

Care sînt resursele mele consultative și de supervizare?

Una dintre principalele preocupări este ca hipnoza să fie folosită într-un mod etic și sigur. Pe măsură ce clinicianul își îmbogățește cunoștințele despre tratarea anumitor probleme, în general, este important să beneficieze de consultații clinice și/sau supervizare în aplicarea specifică a hipnozei. Pe lîngă procedurile consultative regulate, este necesară colaborarea specială atunci cînd pacientul se prezintă cu simptome fizice. Yapko avertizează: „Cînd lucrați cu un simptom fizic, dacă nu sînteți medic, ar trebui să aveți o trimitere medicală sau o aprobare pentru a trata problema respectivă. Practicarea medicinei (psihologie, nutriție etc.) fără licență sau în absența cunoștințelor și măsurilor de siguranță necesare este pur și simplu o dovadă de iresponsabilitate” (1984, p. 312).

Practica privată îi poate izola pe mulți clinicieni. Autorii se întîlnesc regulat începînd din 1978 pentru a-și împărtăși experiențe clinice și pentru a-și adresa întrebări. Am descoperit că întîlnirile cu scopul instruirii și al analizării cazurilor diferă mult de experiența solitară de a te menține la curent cu literatura de specialitate. Aceste întîlniri au constituit un factor important pentru decizia noastră de a înființa o societate profesională în cadrul căreia supervizarea informală, consultarea și împărtășirea informațiilor despre hipnoză și aplicarea ei clinică să devină ușor accesibile specialiștilor.

Care sînt motivațiile mele?

La fel ca în toate situațiile terapeutice, folosirea hipnozei implică pericolul abuzului de putere din partea terapeutului. În conversațiile sale cu Rossi și Ryan, Erickson afirma:

> Cînd lucrezi cu un pacient folosind hipnoza, orientarea ta trebuie să aibă în centru pacientul și necesitățile pacientului. Ori de cîte ori încerci să-ți amplifici propriul ego prin intermediul pacientului, începi să pierzi teren. Din acest motiv ne opunem atît de îndîrjit predării tehnicilor hipnozei ca spectacol, fiindcă practicanții hipnozei ca spectacol sînt orientați spre sine ca operatori, nu către subiecții lor. În hipnoza medicală și stomatologică, orientarea trebuie să vizeze strict pacientul. Pacientul este persoana importantă (1985, p. 179).

Cînd motivațiile personale ale terapeutului nu sînt clare, pot apărea condițiile necesare pentru contratransferul contraterapeutic, care poate fi amplificat prin intermediul hipnozei. Judd, Burrows și Dennerstein afirmă: „Cînd hipnoza este utilizată în mod distructiv, acest fapt este adesea consecința factorilor de contratransfer” (1985, p. 4). Cheek și LeCron ajung chiar să spună că pericolele asociate hipnozei rezultă din problemele de personalitate ale hipnotizatorului. „Pacienții se protejează de traume atunci cînd terapeutul manifestă respect față de capacitatea lor de a face acest lucru” (1968, p. 3).

Motivațiile terapeutului trebuie să respecte integritatea pacientului și să fie în slujba bunăstării personale a pacientului și a obiectivelor terapeutice. Cînd motivațiile

personale ale terapeutului sînt în conflict cu necesitățile unui pacient, eficacitatea tratamentului este compromisă. Erickson a prezentat un exemplu clar de astfel de situație:

> Ori de cîte ori încerci să folosești hipnoza într-un scop pur egoist, ai de pierdut. Mă gîndesc la un medic care era foarte mulțumit de fiul lui, Johnny, subiect hipnotic apreciat. Johnny avea 12 ani. Apoi Johnny și-a adus acasă carnetul de note. Avea un 5, mulți de 7 și un 9. Tatăl i-a indus lui Johnny starea de transă și i-a explicat că trebuie să primească multe note de 9 și de 10. Apoi tatăl a descoperit că Johnny nu a mai intrat niciodată în transă sub îndrumarea lui, fiindcă, vedeți voi, tatăl a încercat să folosească hipnoza pentru a-l determina pe Johnny să facă ceea ce voia tatăl. Asta este greșit, incorect, nedrept. Este un abuz asupra lui Johnny, este un abuz la adresa inconștientului lui Johnny (Rossi și Ryan, 1988, p. 122).

Orne (1972) a identificat cîteva „semnale de alarmă” care pot alerta terapeutul cu privire la posibile fantezii nerezolvate ale puterii ce pot influența modul în care terapeutul folosește hipnoza:

- Este hipnoza utilizată fără deosebire, cu toți pacienții?
- Există o preocupare mai amplă față de inducții decît față de aplicații?
- Este resimțită inducția drept un conflict între voințe?
- Există o preocupare exagerată referitoare la posibilitatea ca pacientul să-l păcălească pe terapeut sau să se prefacă hipnotizat?

- Există o anticipare pozitivă mai mare față de hipnotizarea unor pacienți atrăgători decît a unor pacienți mai puțin atrăgători?

Dacă răspunsul la oricare dintre întrebările de mai sus este pozitiv, Orne sugerează ca terapeutul să-și revizuiască propriile motivații. Am adăuga că terapeutul trebuie să beneficieze de supervizare, de consultare și poate ar fi indicat să se abțină să utilizeze hipnoza pînă cînd își rezolvă problema motivațională.

Evaluarea pacientului

Care sînt motivațiile pacientului?

Erickson avea mulți pacienți trimiși la recomandarea altor specialiști, în cazul cărora fie nu fuseseră eficiente alte forme de tratament, fie terapeuții încercaseră fără succes să folosească hipnoza. Dacă acest tip de recomandare s-ar putea să nu permită momentul cel mai dezirabil pentru a folosi hipnoza, se întîmplă de obicei ca pacientul să fie disperat, iar motivația amplă. Un rezultat pozitiv al hipnozei este de fapt mult mai limitat atunci cînd motivația primară este curiozitatea, cum este adesea cazul multor studenți care urmează un program de masterat în psihologie, au mecanisme de apărare bine puse la punct, dar trebuie să se supună unui anumit număr de ore de terapie!

Erickson evalua adesea nivelul motivațional al pacientului atribuindu-i acestuia o anumită sarcină de lucru, apoi stabilea

ce abordări terapeutice putea folosi, pe baza măsurii în care pacientul efectua sarcina de lucru. De exemplu, una dintre sarcinile de lucru preferate ale lui Erickson era să-i ceară unui potențial pacient care apela la el pentru a-l ajuta să renunțe la fumat să urce muntele Squaw, înalt de 800 m, aflat în apropiere de orașul Phoenix. Dacă persoana respectivă îndeplinea sarcina de lucru, atunci motivația sa de a beneficia de tratament era considerată mai mare decît dacă nu s-ar fi achitat deloc de ea, sau nu în totalitate. Cînd motivația de a se schimba era considerată mică, Erickson folosea această informație pentru a stabili ce intervenție terapeutică putea fi folosită cel mai eficient. Erickson spunea că, dacă un pacient coopera, acest fapt amplifica motivația pacientului de a fi cooperant pe viitor, în cadrul terapiei (Rosen, 1982).

Care sînt presupunerile fundamentale ale pacientului?

Uneori, așteptările pacientului sînt nerealist de mari, fapt care poate fi valabil și în cazul terapeutului. Așteptările idealiste sînt adesea o sabie cu două tăișuri. Pacientul poate fi foarte motivat, dar mulți se descurajează dacă rezultatele nu se ridică la înălțimea așteptărilor inițiale. Weitzenhoffer (1989) sublinia că este important să fie cunoscut istoricul pacientului, pentru a stabili dacă o experiență anterioară cu hipnoza îi poate influența acestuia așteptările. În plus, Weitzenhoffer sugerează că istoricul poate fi util pentru a identifica orice concepții greșite despre hipnoză. Erickson acorda o mare atenție acestor atitudini personale ale pacientului cînd folosea sugestii hipnotice. Pentru a remedia această „dinamică a descurajării” la pacient, o tehnică pe care o folosea des era să-i sugereze că schimbarea simptomatică va avea loc treptat și

lent. Astfel, dacă simptomul nu dispărea imediat sau reapărea la un moment dat, pacientul nu își pierdea totuși încrederea în eficiența intervenției hipnotice.

Erickson era de părere că a ne aștepta ca o intervenție standardizată să fie eficientă în cazul fiecărei persoane înseamnă o simplificare excesivă a complexității problemei și limitarea unicității pacientului. El considera esențială înțelegerea presupunerilor fundamentale din spatele problemelor cu care se prezintă pacientul și că este adesea mult mai util ca intervențiile hipnotice să fie centrate pe aceste presupuneri decît să vizeze în mod direct simptomele cu care se prezintă pacientul. De exemplu, în privința abordării problemelor de ordin sexual, Erickson (Rossi și Ryan, 1985) afirma:

> Nu aș încerca nici o sugestie directă. De fapt, nu aș folosi hipnoza pentru a corecta impotența sau frigiditatea, deoarece atît impotența, cît și frigiditatea sînt probleme destul de profunde, care implică atitudini defectuoase față de corp, orientări deficitare față de corp și multe interpretări greșite pe tema sexului și a emoțiilor în general. Prin urmare, aș folosi hipnoza cu scopul de a oferi o orientare psihologică diferită (p. 125).

Cît de susceptibil este pacientul la decompensare?

În toate formele de terapie, decompensarea pacientului poate fi neașteptată și poate lua multe forme, inclusiv psihoză, tentative de suicid și exteriorizarea unor impulsuri sexuale sau agresive. Mai ales cînd folosim hipnoza în rare cazuri, stimularea sentimentelor intense poate avea drept consecință

copleșirea sistemului normal de apărare a eului. Cînd apare această situație, pacientul se poate exterioriza într-o manieră care i-ar părea neobișnuită. În cadrul unei întîlniri formative a autorilor cu Erickson, acesta ne-a învățat că hipnoza nu trebuie folosită niciodată la un pacient dacă utilizarea ei ar putea conduce la decompensare, *indiferent de clasificarea diagnostică a pacientului*.

Evaluarea structurii psihologice a pacientului de către terapeut este adesea modalitatea cea mai bună de a stabili cînd trebuie folosită și cînd trebuie evitată hipnoza. Watkins (1987) sublinia faptul că forța eului pacientului este un criteriu major pentru a stabili ce cantitate de informații poate integra pacientul în siguranță, fără ca acestea să-i declanșeze o criză psihologică. Autorii articolului de față sînt de părere că, dacă hipnoza va fi folosită la o persoană cu resurse psihologice limitate, orientarea optimă ar viza mai degrabă obiectivul consolidării eului decît abordarea directă a simptomelor sau a mecanismelor de apărare ale pacientului.

Subliniem faptul că cel mai uzual criteriu care trebuie luat în calcul în momentul unei decizii legate de utilizarea hipnozei este următorul. Presupune folosirea acesteia riscul rezonabil de a genera decompensarea la pacient? Totuși, deși aceasta este o regulă de bază destul de bună, nu este infailibilă. Este imposibil să se determine întotdeauna dinainte cine va reacționa negativ sau pozitiv la folosirea hipnozei. Din acest motiv, Erickson a atenționat persoanele care acordă asistență medicală și care au o instruire și o experiență limitată a situațiilor clinice în legătură cu utilizarea hipnozei. Întrebat care sînt contraindicațiile utilizării acesteia în stomatologie, Erickson a răspuns:

> Cînd mă gîndesc cît de greu îmi este să recunosc un pacient cu potențial psihotic în momentul în care intră pentru prima oară în biroul meu, nu reușesc să le indic dentiștilor – care nu au studii de psihiatrie – acele tulburări de personalitate care prezintă contraindicații la hipnoză. Sînt pus în mare dificultate, deoarece acest potențial poate fi recunoscut imediat doar în cazurile foarte evidente. Am văzut în biroul meu unele persoane extrem de simpatice și de drăguțe. Le-am studiat, am meditat asupra lor și am ratat complet obiectivul deoarece, brusc, au manifestat psihoză acută. Totuși, cînd văzusem prima oară pacienții respectivi, nu exista nici o dovadă reală a psihozei pe care să o pot detecta. Prin urmare, tendința mea generală, indiferent cine intră în biroul meu, este să mă întreb cît de curînd el sau ea va fi internat la psihiatrie, pînă cînd îmi pot răspunde la această întrebare cît mai corect posibil. În general, cînd [tulburările extreme] sînt perfect evidente, evitați hipnoza; altfel însă, nu veți sesiza semnalele, la fel cum mi se întîmplă și mie adesea (Rossi și Ryan, 1985, pp. 124-125).

Există posibile afecțiuni medicale de care trebuie să se țină cont?

Hipnoza este folosită drept intervenție auxiliară în tratamentul multor afecțiuni fizice. Pericolele utilizării ei în astfel de situații pot rezulta nu din hipnoza în sine, ci din incapacitatea de a estima efectele sale asupra afecțiunii fizice tratate (Judd, Burrows și Dennerstein, 1985). Erickson avea

avantajul unei educații medicale, iar cunoștințele lui îi permiteau să trateze afecțiuni fizice pe care majoritatea terapeuților nu sînt pregătiți să le abordeze.

Hipnoza nu trebuie aplicată în cazul unei persoane cu o problemă fizică fără a consulta un medic. Literatura de specialitate oferă multe exemple de sugestii hipnotice oferite cu succes, dar cu rezultate negative (Judd, Burrows și Dennerstein, 1985; Watkins, 1987; Weitzenhoffer, 1989). Pericolul apare cînd un terapeut, oricît de bine intenționat, folosește hipnoza fără cunoștințele adecvate despre specificul fizic al bolii sau fără să țină cont de acesta. De exemplu, utilizarea hipnozei pentru eliminarea simptomului de durere poate avea consecințe grave dacă mascarea durerii împiedică pacientul să recunoască probleme care pot necesita tratament medical.

Este pacientul sub influența substanțelor sau a alcoolului?

Întrebat ce părere are despre folosirea medicației ca sprijin în efectuarea hipnozei, Erickson a răspuns:

> Personal, nu îmi place folosirea medicației. Am încercat totul. Singura substanță pe care o consider cît de cît utilă sînt 30 ml de C_2H_5OH (alcool etilic – whisky), cu jumătate de oră înainte, uneori pentru operator, alteori pentru pacient! Lăsînd gluma la o parte, nu cred că medicația are un rol auxiliar important. Dacă pacientul insistă să primească un medicament, cel mai recomandabil este un placebo. Dacă folosiți o substanță, ulterior veți avea de-a

face cu pacientul plus efectele substanței. Prin urmare, apelați la placebo ori de cîte ori este posibil (Rossi și Ryan, 1985, p. 117).

E important să înțelegeți că multe substanțe, printre care și alcoolul, sînt clasificate la fel ca hipnoza, în sensul că pot avea drept consecință alterarea stării de conștiință. O distincție poate fi totuși făcută, iar Erickson face o aluzie în citatul de mai sus, și anume că hipnoza constituie un tip special de stare modificată, că apariția și beneficiile ei depind de interacțiunea dintre hipnotizator și subiect. Cînd o persoană este influențată de o substanță, devine dificil de știut dacă reacționează la hipnotizator sau la intoxicația cauzată de substanță.

Este posibilă existența unor considerente de ordin legal?

Există multe posibile dificultăți legale și etice care trebuie avute în vedere cînd aplicăm hipnoza într-un cadru medico-legal. Într-un astfel de cadru, principalul scop al folosirii hipnozei constă, de obicei, în stimularea amintirilor victimelor și ale martorilor. Un avertisment: din cauza specificului instabil al dovezilor care sînt sau nu admisibile la tribunal, dacă hipnoza este folosită pe parcursul ședințelor terapeutice, acest aspect ar putea fi folosit de avocatul părții adverse pentru a contesta precizia mărturiei unui pacient.

Abordarea lui Erickson

În continuare, vă prezentăm cîteva exemple ale modului în care Erickson a folosit hipnoza la pacienți care se situau în mod tradițional în categoria „hipnoza contraindicată”. Observați că, în aceste cazuri, funcția hipnozei nu era să atace simptomele în mod direct, ci să creeze un mediu prietenos care să faciliteze folosirea altor forme de intervenție terapeutică sau să modifice presupunerile fundamentale care menținеau tiparul simptomatic nedorit.

Depresia și hipnoza

În mod tradițional, hipnoza este considerată contraindicată la persoanele cu depresie, mai ales dacă au tendințe suicidare (Meares, 1960; Judd, Burrows și Dennerstein, 1985; Crasilneck și Hall, 1975; Hartland, 1971). Un motiv precizat în literatura de specialitate este faptul că, din cauza instabilității emoționale a pacientului, orice reacție neanticipată la transă ar putea fi fatală. Un alt motiv amintit este faptul că, din cauza intensificării transferului, precum și a tendinței de amplificare a emoțiilor, pacientul poate fi copleșit de apariția emoțiilor intense. În depresia severă, mecanismele normale de apărare ale persoanei pot să nu fie complet operaționale, prin urmare utilizarea unei tehnici (în acest caz, a hipnozei) care poate intensifica emoțiile negative ar putea conduce la exteriorizări impulsive, suicidare sau de alt tip. Un ultim aspect menționat se referă la faptul că folosirea hipnozei

pentru eliminarea simptomelor la persoanele foarte deprimate – sau la orice categorie de diagnostic, din această perspectivă – poate evidenția o altă simptomatologie subiacentă. Riscul acestei situații implică posibilitatea ca decompensarea sau exteriorizarea impulsivă să devină o problemă pentru pacient, deși nu era inclusă în prezentarea inițială.

Criteriul lui Erickson pentru a stabili dacă e indicată sau nu folosirea hipnozei la pacienți deprimați sau cu tendințe suicidare pare în acord cu ceea ce sublinia ca fiind considerații importante în determinarea adecvării hipnozei la orice alt pacient. Erickson găsea că e mult mai important să fie luate în considerare simptomele și să fie evaluate punctele forte ale pacientului decît să fie luată hotărîrea în funcție de diagnosticul general de depresie sau risc suicidar. În loc să atace riscul suicidar sau depresia în mod direct, prefera să se concentreze asupra presupunerii fundamentale a pacientului potrivit căreia suicidul este singura opțiune și o concluzie inevitabilă.

Un exemplu excelent al modului în care Erickson a folosit hipnoza pentru a viza presupunerile fundamentale este cazul lui Dottie (Haley, 1985). La vîrsta de 21 de ani, Dottie a suferit o fractură de coloană vertebrală, iar logodnicul ei a părăsit-o. Nu mai simțea nimic de la brîu în jos, era complet paralizată, avea incontinență urinară și anală și depindea de scaunul cu rotile. A venit la Erickson cînd avea 31 de ani, nesigură în privința sinuciderii. Erickson i-a indus o transă formală, incluzînd amnezia privind experiența transei. Apoi a abordat cele două convingeri principale care făceau din sinucidere o opțiune serioasă pentru Dottie. Prima convingere era că

nimeni nu o poate considera atrăgătoare, fiindcă își pierduse controlul asupra eliminării urinei și scaunului; a doua era că paralizia o făcuse să devină asexuată.

Pentru a aborda prima convingere, referitoare la faptul că nu mai era atractivă, Erickson i-a descris unele dintre standardele de frumusețe cele mai neobișnuite din lume, cum ar fi femeile cu farfurii în buză din Africa și femeile hotentote cu fese enorme, pe care unii bărbați le considerau atractive. Apoi i-a spus: „Am afirmat că bărbații au o diversitate de gusturi. Ce anume a făcut-o să creadă că, din cauză că avea incontinență urinară și anală, nu ar exista vreun bărbat drăguț, în toată lumea, care să o considere atrăgătoare așa cum era?” (*idem*, p. 24). În starea hipnotică, afirmația aceasta a generat o atitudine de expectativă care i-ar permite unui bărbat să o abordeze. Au fost implantate curiozitatea și posibilitățile.

A doua convingere a fost abordată folosind dislocarea simptomelor. Deși dislocarea simptomelor este asociată de obicei cu senzațiile negative, poate fi asociată cu senzații pozitive în același mod în care existența durerii la nivelul unui membru-fantomă impune posibilitatea senzației de plăcere la nivelul acestuia. Menținînd-o pe Dottie în stare de transă, Erickson a enumerat conexiunile fizice și hormonale care alcătuiesc reacția sexuală. A descris legăturile dintre organele sexuale externe și vagin, uter, ovare, glande suprarenale, sistemul hormonal, sîni, glanda tiroidă, glanda pituitară. Analizînd acest caz, a afirmat: „Eram destul de sigur că paralizia, absența senzațiilor, nu afectaseră glandele suprarenale. Acestea nu erau paralizate. Rinichii nu erau paralizați, deși erau conectați la glandele suprarenale.

Glandele suprarenale și rinichii erau conectați la vezica urinară. Faptul că urina dovedea că rinichii ei nu erau paralizați. Deși își pierduse sensibilitatea organelor genitale externe, organele genitale interne erau conectate încă" (*idem*, p. 25).

Pe măsură ce terapia a progresat, cele două convingeri „fixe" ale lui Dottie s-au schimbat foarte mult. Interesant, Erickson a raportat că Dottie nu își amintea hipnoza, cînd a discutat cu ea după zece ani. Pînă atunci, Dottie se căsătorise cu un specialist în patologie care studia urina și fecalele și aveau doi copii. Dottie i-a spus doctorului Erickson că avea relații sexuale cu soțul ei de trei-cinci ori pe săptămînă și că avea „orgasme excelente", pe care le simțea în partea superioară a corpului.

Psihoza și hipnoza

Deși există unele dezacorduri, faptul că hipnoza trebuie evitată în cazul persoanelor psihotice este general acceptat. Totuși, Erickson a folosit hipnoza în cazul acestui diagnostic, apelînd din nou la simptomele și resursele pacientului pentru a lua o decizie. Cele trei motive principale precizate în literatura de specialitate împotriva hipnozei la pacienții psihotici sînt:

1. Psihoticii nu sînt subiecți buni pentru hipnoză, deoarece reacționează cu dificultate la inducțiile hipnotice normale (Weitzenhoffer, 1989).
2. Chiar dacă o persoană psihotică poate fi hipnotizată, nu ar fi receptivă la intervenția bazată pe hipnoză (Weitzenhoffer,

1989).

3. Pacientul psihotic are mecanisme psihologice de apărare diminuate. Deoarece se consideră că hipnoza intensifică simptomele psihotice, există temerea că va apărea decompensarea (Meares, 1960).

Din aceste motive, Brenman și Gill (1946) au precizat că hipnoza trebuie evitată îndeosebi la pacienții psihotici care sînt paranoici. Wolberg (1948) a avertizat că transferul în cazul pacienților schizofrenici trebuie gestionat atent cînd se utilizează hipnoza. În plus, el a avertizat că nu trebuie folosite sugestii posthipnotice în încercarea de a induce un comportament care, în trecut, avea efect egodistonic asupra pacientului. Meares (1960) a indicat că folosirea hipnozei la persoanele psihotice poate genera o situație în care terapeutul să fie integrat în sistemul iluziilor negative sau să devină o componentă a halucinațiilor pacientului. În opinia autorilor, aceste preocupări pot deveni probleme în cazul tuturor modalităților terapeutice, dar cu siguranță se pot intensifica în hipnoză.

Există și îngrijorări de ordin tradițional cu privire la faptul că hipnoza, în cazul pacienților fragili, poate precipita un episod psihotic. Totuși, conform unei recenzii a studiilor de specialitate, aceste îngrijorări nu se susțin. Abrams (1964) a descoperit că majoritatea relatărilor privind episoade psihotice asociate cu utilizarea hipnozei erau bazate pe anecdote. Heron (1953) și Conn (1972) erau sceptici cu privire la faptul că hipnoza în sine era principalul motiv al acestor relatări. Cheek și LeCron au afirmat că folosirea inadecvată a hipnozei, nu hipnoza în sine, poate determina o persoană să devină psihotică: „Un terapeut priceput poate folosi chiar

hipnoza la un astfel de pacient pentru a preveni un episod psihotic. Hipnoza în sine nu a făcut pe nimeni vreodată să devină psihotic" (1968, pp. 69-70).

Analizînd articolele scrise de Erickson și ascultîndu-i cursurile înregistrate, nu am descoperit nici o referire la folosirea hipnozei formale în cazul unor pacienți cu psihoză manifestă. De asemenea, Erickson nu a menționat niciodată o astfel de utilizare a hipnozei în vreuna dintre conversațiile noastre cu el, pe parcursul instruirii. De fapt, din ceea ce putem presupune, contraindica cu tărie hipnoza la pacienții psihotici care ar putea manifesta decompensare. Sînt consemnate însă exemple în care a folosit hipnoza la pacienți care nu erau în stări de psihoză severă. În fiecare dintre aceste cazuri în care Erickson a folosit transa la pacienți psihotici sau prepsihotici, a descris mai degrabă circumstanțele speciale, unice pentru fiecare pacient, decît elementele comune ale diagnosticului. În analiza unor astfel de cazuri, elementele exagerate ale prezentării psihotice oferă exemple clare privind modul în care abordarea ericksoniană respectă specificul adesea delicat al unor afecțiuni mentale.

Un exemplu de folosire a hipnozei la un pacient psihotic este discutat de Erickson în articolul său despre rezistență. În acest caz, o femeie de 24 de ani a fost diagnosticată cu schizofrenie paranoidă, care nu era manifestă în momentul primei ei ședințe. Tînăra avea halucinații de persecuție, auditive și vizuale și era foarte dușmănoasă cu părinții și surorile ei. Studentă, cu o inteligență superioară, își bătuse joc de terapeuții cu orientare psihodinamică, care încercaseră să o trateze în trecut. Erickson a spus că obișnuia să facă terapeutul să se simtă intimidat, defensiv sau mînios pe ea,

apoi tratamentul lua sfîrșit. Ea știa că Erickson folosea hipnoza, așa că i-a prezentat o provocare antagonică, spunîndu-i: „Familia mea crede că mă poți hipnotiza să fiu sănătoasă, așa zic ei” (Erickson, 1964, p. 27).

În cazul acestei femei, Erickson a folosit o metodă a confuziei, pentru a-i canaliza în mod inofensiv ostilitatea. A făcut acest lucru acceptînd atacurile ei asupra profesiei lui și a lui însuși. Apoi a utilizat în mod creativ tiparele ei de atac, pentru a o face să asculte o inducție scrisă dinainte, care includea o validare ideodinamică a capacității lui de a „vorbi” cu inconștientul ei și potențialul abilității lui de a o ajuta să-și rezolve problema. Erickson a afirmat că scopul folosirii hipnozei în prima ședință era să creeze cooperare și raport, nu neapărat obținerea unor schimbări clinice semnificative. Drept consecință a folosirii hipnozei, Erickson a afirmat că femeia era „acum un pacient foarte atent, cooperant și foarte receptiv, care face progrese excelente” (*idem*, p. 28).

De fapt, Erickson recunoscuse că tînăra era motivată să se opună și să ridiculizeze ceea ce anticipa că reprezintă el. Fiindcă fusese de acord cu ea și utilizase tiparele ei de atac, el a devenit mai degrabă „unul de-ai noștri” decît „unul de-al lor”. Prin urmare, ea renunțase la poziția ei dușmănoasă și i se alăturase doctorului Erickson într-o alianță terapeutică mai adecvată. Erickson a pus accent terapeutic pe inteligența, energia motivațională și istoricul ei ca studentă, nu pe diagnostic. După cum afirmă Zeig (1997), „Conceperea schizofreniei drept o «boală cerebrală degenerativă» nu încurajează intervențiile”. Subliniem din nou faptul că Erickson a sesizat mereu unicitatea persoanei, iar apoi a reacționat în consecință.

În alt articol, Erickson (1954) a descris cazul unei femei cu psihoză clinică, manifestînd stări catatonice. Soțul femeii era un infractor mărunt, voyeur și exhibiționist sexual. La scurt timp după ce soțul ei a fost arestat și condamnat, femeia a avut halucinații cu trandafiri care pluteau în biroul doctorului Erickson: „Ea știa că psihologul era hipnotizator și, intrînd în birou, intrase în transă” (Erickson, p. 217). Astfel, inducția formală nu a fost necesară. Dr. Erickson a recunoscut că femeia intrase spontan în transă, așa că a utilizat acest fapt în sprijinul terapiei. A pus femeia să manipuleze trandafiri, spunîndu-i mai întîi să-i facă să plutească într-o vază, să-și schimbe culoarea, apoi să se transforme într-o tufă de trandafiri. Această ghidare hipnotică a cauzat o regresie de vîrstă spontană, în cadrul căreia pacienta a vorbit despre o fetiță care își privea tatăl tăind trandafiri. În ședințele ulterioare, femeia a intrat spontan în transă și a reprocesat elemente din existența ei. Cînd a ajuns să-și proceseze experiențele de la facultate, nu mai prezenta manifestări clinice ale psihozei. În acest caz, Erickson a utilizat stările de transă naturale și spontane ale pacientei. Pacienta a stabilit adecvarea hipnozei ca fenomen, iar Erickson a stabilit adecvarea hipnozei ca instrument de lucru în cazul acestei paciente.

Erickson descrie alt caz în care a folosit hipnoza în cazul unui posibil diagnostic de psihoză. El afirmă: „Cred că o veți considera psihotică, deși avea suficient discernămînt încît să vă puteți îndoi de asta. Nu era chiar sigură dacă visa sau dacă experiențele ei erau reale” (1977, p. 31). „Mă temeam foarte tare că... [ea] ar putea deveni schizofrenică” (*idem*, p. 30). I-a descris simptomele spontane de regresie a vîrstei, care erau

asociate cu fixațiile asupra traumelor anterioare. Folosind doar sugestii minime, Erickson a reușit să o determine să aibă o halucinație cu 13 globuri de cristal. Apoi a îndemnat-o să le folosească pentru a vedea informații anterior izolate privind evenimente din anumite perioade din viața ei. I-a sugerat ulterior să-și imagineze al 14-lea glob de cristal care prevestea un eveniment pozitiv ce urma să aibă loc în viitor, peste două luni. Folosirea hipnozei a implicat asigurarea unui context confortabil, în care pacienta să observe fiecare experiență traumatică izolată, apoi asistarea conștiinței ei în procesul de integrare a copilului pretraumatic și a evenimentului viitor din al paisprezecelea cristal. El a folosit astfel puterea înțelegerii naturale a pacientei pentru a stabili specificul intervenției hipnotice.

Acestea sînt exemple preluate din scrierile doctorului Erickson cu privire la cazuri în care a folosit hipnoza la pacienții psihotici. Totuși, conform studiilor noastre, el nu a încercat niciodată tehnici hipnotice directe și sistematice cînd pacientul era într-o stare manifestă de psihoză. Din nou, s-ar părea că, atunci cînd lucra cu pacienți psihotici, fie că utiliza sau nu hipnoza, folosea simptomele și punctele forte cu care se prezenta pacientul în avantajul acestuia. Dacă pacientul avea halucinații cu trandafiri, manipularea trandafirilor halucinați reorienta pacientul într-o direcție terapeutică în care putea să aibă loc o intervenție. Dacă un pacient psihotic pășea în biroul său și intra spontan într-o stare de transă, Erickson utiliza și redirecționa starea spontană într-o transă terapeutică de raport, fără să fie nevoie de o inducție formală. Dacă ar fi să tragem o concluzie din aceste exemple, ar fi că el nu a încercat niciodată să modifice sau să pună la îndoială un

simptom psihotic în mod direct, folosind hipnoza. Spre deosebire de abordarea directă, a „atacului”, Erickson a folosit hipnoza în cazul de mai sus cu blîndețe, pentru a consolida sau pentru a utiliza un punct forte al pacientului, în vederea diminuării haosului interior care ar fi putut fi creat de psihoză. Folosind hipnoza în această manieră, consolidarea „artificială” a forței personale operate de Erickson a ameliorat simptomele psihotice și a consolidat structura eului pacientei.

Eliminarea simptomelor și hipnoza

În unele situații, eliminarea simptomelor este contraindicată indiferent de diagnostic sau de tehnica terapeutică. De exemplu, cînd un anumit simptom îndeplinește încă o funcție, pentru a menține un echilibru psihologic intern, se recomandă precauția în folosirea hipnozei sau a oricărei alte metode pentru modificarea simptomului. Gardner și Olness (1981) au avertizat că, în tratamentul copiilor, eliminarea simptomelor trebuie evitată dacă simptomul oferă un tip de „avantaj secundar” copilului. Hilgard, Hilgard și Newman (1961) au arătat că, în unele cazuri, eliminarea simptomelor ca proces în sine poate cauza o depresie severă. Weitzenhoffer afirma: „Am o regulă simplă pentru eliminarea simptomelor: dacă un simptom este refractar la tratament sau apare în mod repetat după ce a fost eliminat, cel mai bine este ca simptomul să nu fie abordat pînă ce nu se utilizează altă terapie” (1989, vol. II, p. 25).

Prudența legată de eliminarea simptomelor ca scop în sine corespunde cu opiniile doctorului Erickson. Conform

perspectivei ericksoniene, dacă un simptom este mai degrabă respectat decît atacat, pericolele asociate în mod comun cu eliminarea directă a simptomelor pot fi evitate. De exemplu, Cheek și LeCron recomandă ca sugestia să fie oferită într-o manieră permisivă („Ești de acord să elimini acest simptom?”, 1968, p. 68), pentru a menține siguranța și integritatea oricăror funcții critice pe care le poate reprezenta simptomul.

O altă strategie folosită de Erickson pentru a crea o ameliorare terapeutică era modelarea simptomului astfel încît să nu mai creeze o problemă atît de mare pentru pacient. Un exemplu este cazul șoferului de camion care avea o problemă foarte mare din cauză că se bîlbîia (Erickson, 1962). Erickson și-a dat seama că bîlbîiala bărbatului era asociată cu mînia acumulată. El a descoperit că pacientul era mînios pe angajatorul său, din cauză că acesta nu menținea camionul în condiții de funcționare foarte bune, și a asociat bîlbîiala cu faptul că bărbatul își ura camionul gălăgios. L-a rugat pe bărbat să vorbească bîlbîit în camion, cînd era singur. Erickson i-a sugerat că nimănui nu-i plăcea „bîlbîiala afurisită. E doar zgomot”. Deoarece bărbatului nu-i plăcea „zgomotul afurisit” al camionului său, Erickson i-a sugerat să-și păstreze „bîlbîiala zgomotoasă” în interiorul „camionului zgomotos”. În acest caz, Erickson a intuit că bîlbîiala era un simptom al mîniei bărbatului și că avea nevoie într-adevăr de un debușeu pentru mînia lui, dar că nu era necesar să se bîlbîie mereu.

În concluzie, conform perspectivei ericksoniene, utilizarea hipnozei nu constituie o decizie categorică. Fiecare situație clinică trebuie reevaluată pe baza propriilor sale merite. Elementele esențiale în evaluare depind mai mult de calitățile terapeutului decît de cele ale pacientului. Este nerealist să

credem că un terapeut poate folosi hipnoza pentru a gestiona orice problemă. Erickson nu putea lucra cu toți pacienții. Pe unii nu îi simpatiza, unii nu îl simpatizau pe el, iar unii nu respectau tratamentul. Este oarecum îmbucurător să știm că cineva atît de priceput precum Erickson avea eșecuri. Totuși, el a reușit să aibă succes în multe cazuri în care alții au eșuat, iar înțelepciunea lui înnăscută vizînd natura umană și talentul lui extraordinar de a aplica aceste cunoștințe la manifestări adesea foarte complexe de psihopatologie continuă să uluiască comunitatea terapeutică. Poate că succesul lui Erickson poate fi exemplificat cel mai bine în propriile sale cuvinte. Haley (1967) narează povestea folosită de Erickson cînd discuta principiile terapeutice ale activității sale cu pacienții:

> Fiecare caz este unic. O altă dificultate asociată cu generalizările despre Erickson constă în faptul că, inevitabil, pare să existe o excepție la orice spune cineva. El depune eforturi deosebite pentru a sublinia acest lucru, cu referire la munca sa. Cîndva, cu mulți ani în urmă, un cercetător avea conversații îndelungi cu Erickson pentru a obține generalizări cu privire la „metoda” sa terapeutică, iar Erickson se străduia cît mai bine să-l educe. La un moment dat, Erickson a întrerupt discuția și l-a dus pe tînăr pe peluza din fața casei. I-a arătat strada și l-a întrebat ce vede. Nedumerit, tînărul a răspuns că vede o stradă. Erickson l-a întrebat dacă mai vede și altceva. Acesta fiind nedumerit în continuare, Erickson a arătat spre copacii aflați de o parte și de alta a străzii. „Observi ceva la acești copaci?”, a întrebat el. După o perioadă de

> analiză, tînărul a spus că toți erau înclinați spre est. „Așa e”, a spus Erickson, mulțumit. „Toți, mai puțin unul. Al doilea din capăt este înclinat spre vest. Întotdeauna există o excepție” (1967, pp. 548-549).

Unii terapeuți au personalitatea, instruirea, experiența și talentul necesar pentru a trata eficient pacienți cu care alți terapeuți nu pot lucra deloc și viceversa. Această individualitate a relației pacient-terapeut surclasează eficacitatea oricărei tehnici, inclusiv a hipnozei. Este important să ținem minte că un instrument clinic are doar eficiența persoanei care îl folosește. La fel ca în proverbul: „Dacă ești ciocan, orice altceva pare un cui”, clinicianul de succes trebuie să rămînă flexibil și să fie capabil să recunoască momentele în care să folosească și în care să nu folosească instrumentele existente în arsenalul terapeutic. Acesta era talentul lui Erickson.

Hipnoza este o unealtă extrem de valoroasă, care trebuie folosită atent și selectiv. Deși este o tehnică complexă, poate fi utilizată într-o varietate de moduri: de la a determina persoana să intre în transă la a o scoate dintr-o transă preexistentă; de la a sugera amintirea la a sugera uitarea; de la crearea unei stări de vigilență la crearea unei stări de relaxare. După ce terapeutul sesizează modalitățile infinite de utilizare a hipnozei, accentul cade pe *cum* va fi folosită hipnoza, nu pe *dacă* va fi folosită.

În sfîrșit, cînd abordează orice pacient, terapeutul trebuie să se întrebe:

- Dispun de pregătirea clinică adecvată pentru a înțelege și pentru a anticipa reacțiile probabile ale acestui pacient?

- Dispun de un fundament adecvat în pregătirea mea în domeniul hipnozei pentru a folosi hipnoza drept instrument auxiliar în tratamentul acestui pacient?
- Înțeleg suficient de bine punctele forte, îngrijorările și motivațiile unice ale pacientului meu, astfel încît să le utilizez în contextul hipnozei, pentru a obține un rezultat terapeutic?
- Am flexibilitatea și experiența necesare pentru a folosi reacțiile acestui pacient în vederea atingerii obiectivului terapeutic?
- Am la dispoziție supervizare suficientă pentru a mă consulta pe măsură ce îmi extind limitele aptitudinilor și experienței vizînd folosirea hipnozei ca instrument terapeutic?

Dacă răspunsul la vreuna dintre întrebările de mai sus este negativ, utilizarea hipnozei este contraindicată.

Vom încheia cu un citat din Milton Erickson (Haley, 1985), în care este definită psihoterapia hipnotică și ce anume o determină să fie eficientă:

> Printr-o astfel de sugestie indirectă, pacientului i se permite să parcurgă acele dificile procese interioare de dezorganizare, reorganizare, reasociere și proiectare a experienței interioare reale, pentru a satisface cerințele sugestiei, iar astfel [sugestia] devine o componentă a vieții sale experiențiale, nu este o simplă reacție superficială [...] Abia după ce parcurge procesul intern de reasociere și reorganizare a vieții sale experiențiale pot apărea rezultate eficiente [...] Psihoterapia hipnotică este un proces de învățare pentru pacient, o procedură de reeducare. Rezultatele eficiente în psihoterapia hipnotică sau

hipnoterapie derivă exclusiv din activitățile pacientului. Terapeutul doar stimulează pacientul să inițieze o activitate, adesea neștiind care ar putea fi activitatea, apoi îl îndrumă pe pacient și își exercită raționamentul clinic, pentru a stabili ce doză de eforturi trebuie depusă pentru a atinge rezultatele dorite. Modul de a călăuzi și de a raționa clinic constituie problema terapeutului, iar pacientului îi revine misiunea de a învăța prin eforturi proprii să-și înțeleagă viața experiențială într-un mod nou. Desigur, o astfel de reeducare este necesară, din perspectiva experiențelor de viață ale pacientului, a modalităților sale de a înțelege, a amintirilor, atitudinilor și ideilor sale; nu poate fi posibilă în termenii ideilor și opiniilor terapeutului. (pp. 28-29)

Bibliografie

Abrams, S. (1964). The use of hypnotic techniques with psychotics. *American Journal of Psychotherapy*, 18, 79-94.

Asaad, G. (1994). *Understanding mental disorders due to medical conditions or substance abuse*. New York: Brunner/Mazel.

Barber, J. (1998). When hypnosis causes trouble. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 157-170.

Brenman, M., Gill, M.M. (1946). Some recent observations on the use of hypnosis in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 10, 104.

Cheek, D.B., LeCron, L.M. (1968). *Clinical hypnotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Conn, J.H. (1972). Is hypnosis really dangerous? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 61-79.

Crasilneck, H.B., Hall, J.B. (1975). *Clinical hypnosis.* New York: Grune & Stratton.

Erickson, B.A. (1994). Ericksonian therapy demystified: A straightforward approach. *Hypnos*, 20, 68-78.

Erickson, M.H. (1950/1980) The abortion issue: Facilitating unconscious dynamics permitting real choice. În E.L. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis,* vol. IV (pp. 370-373). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1952). *The 1952 lectures at UCLA* (prelegeri înregistrate). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation.

Erickson, M.H. (1954). Special techniques of brief hypnotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 2,* 109-129.

Erickson, M.H. (1960). *The Chicago lectures* (prelegeri înregistrate). Phoenix, AZ: Milton H. Erickson Foundation.

Erickson, M.H. (1960/1980). Explorations in hypnosis research. În E.L. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis,* vol. II (pp. 313-336). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1964). An hypnotic technique for resistant patients: The patient, the technique, and its rationale and field experiments. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 8-32.

Erickson, M.H. (1977). Hypnotic approaches to therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 20-35.

Erickson, M.H. (1978) *Now you wanted a trance demonstrated* (înregistrare audio dedicată studenţilor). Laguna Niguel, CA: Southern California Society for Ericksonian Psychotherapy and Hypnosis.

Erickson, M.H., Rosen, H. (1954). The hypnotic and hypnotherapeutic investigation and determination of symptom-function. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 201-219.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy.* New York: Irvington.

Frauman, D.C., Lynn, S.J., Brantar, J.P. (1993). Prevention and therapeutic management of „negative effects" in hypnotherapy. În J.W. Rhue, S.J. Lynn, I. Kirsch (eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 95-120). Washington, DC: American Psychological Association.

Gardner, G.G., Olness, K. (1981). *Hypnosis and hypnotherapy with children.* Orlando, FL: Grune & Stratton.

Haley, J. (1967). Commentary on the writings of Milton H. Erickson, M.D. În J. Haley (ed.), *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* (pp. 530-549). New York: Grune & Stratton.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy.* New York: Norton.

Haley, J. (ed.) (1985). *Conversation with Milton H. Erickson, M.D. Changing individuals*, vol. I. New York: Triangle (Norton).

Hartland, J. (1971). *Medical and dental hypnosis and its clinical applications* (ed. a II-a). Londra: Bailliere Tindal.

Hartland, J. (1974). An alleged case of criminal assault upon a married woman under hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 188-198.

Heron, W.T. (1953). *Clinical applications of suggestion and hypnosis.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Hilgard, J.R., Hilgard, E.R., Newman, M. (1961). Sequelae of hypnotic induction with special reference to earlier

chemical anesthesia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 461-475.

Judd, F.K., Burrows, G.D., Dennerstein, L. (1985). The dangers of hypnosis: A review. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 1-15.

Lynn, S.J., Martin, D.J., Frauman, D.C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? A master class commentary. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 7-19.

Meares, A. (1960). *A system of medical hypnosis.* Philadelphia: Saunders.

Orne, M.T. (1972). Can a hypnotized subject be compelled to carry out otherwise unacceptable behavior? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 101-117.

Parsons-Fein, J. (1998). Reply to Lazarus's article. *Hypnos*, 25, 213-216.

Rosen, S. (1982). The value and philosophy of Milton H. Erickson. În J.K. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 462-476). New York: Brunner/Mazel.

Rossi, E.L., Ryan, M.O. (1985). *The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson*, vol. I: *Life reframing in hypnosis.* New York: Irvington.

Spiegel, H., Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment.* New York: Basic Books.

Watkins, J.G. (1987). *Hypnotherapeutic techniques*, vol. I. New York: Irvington.

Weitzenhoffer, A.M. (1989). *The practice of hypnotism*, vol. I-II. New York: Wiley.

Wolberg, L.R. (1948). *Medical hypnosis,* vol. I: *The principles of hypnotherapy.* New York: Grune & Stratton.
Yapko, M. (1984). *Trancework.* New York: Irvington.
Zeig, J.K. (1992). The virtues of our faults: A key concept of Ericksonian psychotherapy. În J.K. Zeig (ed.), *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 252-269). New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J.K. (1994). *Ericksonian methods. The essence of the story.* New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J.K. (19 septembrie 1997). *Entering delusions.* Milton H. Erickson Forum, comunicare online.

Lecturi recomandate

Barber, J. (1998). When hypnosis causes trouble. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* 46, 157-170.
Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy.* New York: Irvington.
Haley, J. (ed.) (1985). *Conversation with Milton H. Erickson, M.D. Changing individuals*, vol. I. New York: Triangle (Norton).
Rossi, E.L. (ed.) (1980). *The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*, vol. I-IV. New York: Irvington.

Capitolul 7

Transfer/contratransfer

Eric Greenleaf

> Știu că se spun multe despre această relație de transfer și, deși vreau să am pacienți care să mă placă, să mă placă foarte mult, vreau să o facă într-un asemenea fel încît eu, în calitate de terapeut, să pot fi mulțumit.
>
> Milton Erickson (Haley, 1985, vol. II, p. 68)

Utilizarea și imaginația

Formele relaționale încurajate de o psihoterapie bazată pe hipnoză duc în direcții diferite față de cele implicate în diverse psihoterapii „dinamice”; aici predomină conceptele referitoare la *rezistență* și *transfer*, în timp ce primele sînt călăuzite de cele referitoare la *utilizare* și *imaginație*.

Știm că Freud a formulat conceptele de rezistență și transfer pe baza experiențelor sale hipnotice. El a observat că Bernheim le reda pacienților săi amintirile experiențelor din transă printr-o apăsare fermă a mîinilor pe frunte, după ce se trezeau din transă. Presiunea fizică și emoțională necesară pentru a realiza acest lucru i-a inspirat lui Freud metafora sa pentru rezistență:

> Cînd subiectul se trezea din starea de somnambulism, părea să-și fi pierdut toate amintirile privind cele petrecute în timpul stării respective. Bernheim a susținut însă că memoria era totuși prezentă; dacă insista ca subiectul să-și amintească, dacă susținea cu hotărîre că subiectul știa totul și trebuia doar să o spună, iar în timpul acesta își punea mîna pe fruntea subiectului, atunci amintirile uitate obișnuiau să revină, mai întîi ezitant, dar apoi năvăleau complet clare (1935, pp. 50-51).

Descrierea sugestivă a lui Freud privind modul în care Bernheim își însoțea îndemnul cu o apăsare pe fruntea pacientului ne indică într-o oarecare măsură experiențele care au generat conceptul despre rezistență ca o analogie cu evenimente fizice precum presiunea hidraulică. Iar elementul retoric în hipnoză, aspectul relațional exprimat în limbajul obișnuit, ne amintește că, pentru orice pacient care prezintă rezistență la tratament, există un terapeut încăpățînat.

Observațiile lui Freud privind interacțiunile sociale în terapie s-au pierdut în evoluția ulterioară a psihanalizei ca teorie a conflictului intrapsihic și a adaptării. În terapiile narative moderne (White și Epston, 1990), „rezistența” este

din nou folosită pentru a indica un refuz interpersonal de a permite influențe din partea celuilalt și se încurajează abordarea sa ca o modalitate de recuperare mai degrabă decît să fie considerată o piedică în calea schimbării dorite.

Întreaga strategie a *utilizării* derivă din opera extrem de originală a lui Milton Erickson. Acest concept, asemenea rezistenței lui Freud, a fost dezvoltat în cadrul ședințelor cu pacienții dificili:

> În mod obișnuit, inducția transei se bazează pe obținerea de la pacienți a unei acceptări inițiale, sub o formă sau alta, și a cooperării cu operatorul. În tehnicile utilizării, procedura obișnuită este inversată, implicînd acceptarea inițială a comportamentelor cu care se prezintă pacientul și cooperarea imediată a operatorului, oricît de adverse ar putea să pară comportamentele actuale în situația clinică (Erickson, 1980, vol. IV, p. 178).

Această explicație, asemenea unei haine simple din lînă cu o căptușeală superbă din mătase, acoperă o terapie atractivă și spectaculoasă. Erickson (Haley, 1993), confruntîndu-se cu un bărbat care se credea Iisus Hristos, a opinat că bărbatul avea probabil experiență în tîmplărie și l-a ajutat să lucreze în acel domeniu și să aibă o viață mai activă social. Într-o ședință inițială în care un bărbat a înjurat și psihiatria, și pe el și multe altele, Erickson i-a spus: „Sînt sigur că poți spune asta și chiar mult mai multe”, canalizînd astfel conversația dintre ei spre terapie.

Am fost învățați că „acceptarea” emoției în terapie este comunicată pacienților spunîndu-li-se, de fapt: „Înțeleg că

simți cutare lucru ca fiind astfel". Diferențele dintre formularea terapeutului și cea a pacientului sînt puse adesea pe seama rezistenței pacientului. Abordările comunicării centrate pe utilizare preiau formularea pacientului ca pe un dat și o transformă în acțiuni care contribuie la atingerea obiectivelor pacientului: „Ești [către Iisus] un tîmplar iscusit, așadar acceptă lucrări semnificative" ori „Ai multe de spus [despre mine, afirmații nepoliticoase, negative], așa că poți spune și mai multe". După cum observa Rossi în legătură cu Erickson,

> cel mai frecvent motiv oferit de seniorul autor atît pentru succesele, cît și pentru eșecurile sale a fost gradul în care a reușit să evoce și să utilizeze motivația și repertoriul de învățare experiențială ale unui anumit pacient. Cele mai remarcabile efecte hipnotice puteau fi evocate datorită specificului relației de transfer și importanței acestor reacții hipnotice pentru rezultatul terapeutic dorit pentru pacient (Erickson și Rossi, 1979, p. 234).

În utilizarea curentă a multor terapii, transferul a ajuns să însemne un răspuns tipizat dat terapeutului, care imită tiparul relațiilor pe care le avea pacientul în copilărie cu părinții săi. Freud folosește termenul într-un sens mult mai larg:

> Transferul [...] decide succesul întregii influențe medicale și de fapt delimitează totalitatea relațiilor fiecărei persoane cu mediul său uman. Îl putem recunoaște cu ușurință ca fiind același factor dinamic denumit de hipnotizatori „sugestibilitate", care este agentul raportului hipnotic și al

> cărui comportament imposibil de anticipat determină astfel de dificultăți legate de metoda cathartică. Cînd nu există nici un semnal al transferului de emoție [...] atunci nu există nici posibilitatea influențării pacientului prin mijloace psihologice (Freud, 1935, p. 80).

Dificultățile la care se referă Freud în modul său de abordare a relațiilor umane sînt cele care au generat „îndoielile grave" cu privire la hipnotism cunoscute de generații de terapeuți. Atît originile îndoielilor, cît și cele ale transferului se regăsesc în această relatare din *Studiu autobiografic*:

> Într-o zi, am avut o experiență care mi-a arătat în cea mai necruțătoare lumină ceea ce bănuiam de mult. Una dintre pacientele mele cele mai docile, cu care hipnotismul îmi permisese să am cele mai minunate rezultate și cu care lucram la diminuarea suferinței ei, încercînd să identificăm originile atacurilor ei de panică, pe cînd s-a trezit o dată m-a îmbrățișat pe după gît. Intrarea neașteptată a unei servitoare ne-a scutit de o discuție dureroasă, dar după aceea între noi a existat o înțelegere tacită cu privire la faptul că tratamentul hipnotic trebuia întrerupt [...] Am simțit că înțelesesem acum specificul elementului misterios care acționa în spatele hipnotismului. Ca să-l exclud [...] sau ca să-l izolez [...] se impunea să abandonez hipnotismul (1935, pp. 45-50).

Este izbitor faptul că Freud a permis „înțelegerii tacite" să înlocuiască „analiza transferului" și că drama acestui eveniment a fost folosită pentru a masca acea concepție-

sperietoare a lui Freud cu privire la hipnoză și inconștient. Adepții terapiei dinamice au ajuns să adopte variante ale acestui punct de vedere, așa cum exemplifică Hill (Erickson și Hill, 1944, p. 216), care confundă lipsa interpretării ericksoniene a relației de transfer cu absența utilizării acesteia:

> Analiștii au descoperit că transferul constituie o componentă esențială a procesului terapeutic și că acest conflict intrapsihic nu și-ar continua existența perturbatoare dacă nu ar exista actualele dificultăți la nivelul relațiilor personale, conform unui tipar al transferului și provocate de relația individului cu mediul său. Evident, hipnotizatorul e de părere că acest conflict intrapsihic există ca entitate completă, de sine stătătoare, deși poate fi modificată de influențe extrapsihice. Transferul dinspre subiectul hipnozei către hipnotizator este ignorat sau cel puțin nu este utilizat ca instrument terapeutic de către hipnotizator. Tehnica psihanalitică în schimb exploră transferul ca principal punct de interes al terapiei.

Și terapeuții care folosesc terapia hipnotică în alte moduri decît hipnoanaliza au întîmpinat dificultăți cu noțiunea limitată de transfer. Cheek și LeCron sînt exemple bune de autori prinși la mijloc, între terminologiile diferitelor abordări:

> Relația terapeutică empatică nu este asociată doar cu hipnoza, ci este un factor în toate raporturile bune dintre

> medic și pacient. Relația pare să devină mai puternică atunci cînd o persoană este hipnotizată [...] Se poate spune că reprezintă empatia manifestată de subiect, care își dorește intens să-l mulțumească pe operator. Este strîns asociată cu ceea ce Freud numea transfer [...] În ceea ce privește transferul, în terapia de scurtă durată acesta rareori este semnificativ și de obicei este ignorat sau nici nu se manifestă. De obicei, poate fi gestionat cu ușurință prin hipnoză (1968, pp. 44, 69).

Rossi, care are pregătire de analist jungian, testează amploarea concepției acelei teorii despre relația hipnoterapeutică:

> În practica propriu-zisă, [...] analistul mediază funcția transcendentă pentru pacient, adică îl ajută să reunească inconștientul și conștientul, ajungînd astfel la o nouă atitudine. Această funcție a analistului dezvăluie una dintre numeroasele semnificații importante ale transferului. Pacientul se agață prin intermediul transferului de persoana care pare să-i promită o înnoire a atitudinii [...] (Erickson, 1980, vol. III, pp. 250-251).

Revenind la utilizarea inițială, amplă a termenului „transfer” propusă de Freud, cu omologia sa cu empatia hipnotică și sugestibilitatea, putem începe să dezvoltăm sensul modern al psihoterapiei hipnotice drept o inițiativă relațională centrată pe un scop, întreprinsă în colaborare, ale cărei semnificații sînt elaborate prin acte imaginative, în timpul unei conversații continue.

Analiștii susțineau că persoanele psihanalizate își „imaginau” specificul relației lor cu analistul. Rossi (Erickson și Rossi, 1981, p. 156) a spus: „În fiecare tratament analitic apare, fără influența medicului, o relație emoțională intensă între pacient și analist, care nu trebuie pusă pe seama situației ca atare”. Terapeuții ericksonieni, care își asumă responsabilitatea pentru influența lor asupra relației și se ghidează după principiul utilizării, caută modalități de a folosi relația imaginată drept situație reală, pentru a-și ajuta pacienții să-și atingă obiectivele.

Monografia *The February Man* a lui Erickson (Erickson și Rossi, 1979) este un exemplu izbitor privind utilizările imaginației în formarea relaționărilor terapeutice. Aici, Erickson utilizează sentimentele unei paciente față de el – relația acesteia cu el, simpatia față de el, dependența de el – pentru a o ajuta să-și realizeze obiectivele în terapie. El face acest lucru informînd-o că poate revizita momente neplăcute din viața ei, avîndu-l pe el ca însoțitor. Inducția amplu citată a acestei camaraderii este familiară majorității terapeuților ericksonieni:

> Vreau să alegi un moment din trecut cînd erai o fetiță foarte, foarte mică. Vocea mea te va însoți. Iar vocea mea va deveni vocea părinților tăi, a vecinilor, a prietenilor, a colegilor, a prietenilor de joacă, a profesorilor. Vreau să te vezi stînd în sala de clasă, o fetiță care se bucură de ceva, de ceva care s-a întîmplat cu mult timp în urmă, de ceva ce ai uitat cu mult timp în urmă (Erickson și Rossi, 1979).

Abordarea lui Erickson sau atitudinea sa față de pacienți este clară aici: pacienta are experiența alegerii libere și poate căuta un rezultat pozitiv, conform scopurilor sale. Imaginația sa îl poate include pe Erickson, propriul trecut și emoții puternice, în cadrul unei relații sigure și interesante.

Pentru a înlocui conceptul analitic de „depășire a problemelor prin transfer", cu implicațiile sale vizînd interpretarea și înțelegerea conștientă, Erickson alege să utilizeze la nivelul inconștientului sentimentele asociate transferului, urmărind modificările dorite. Freud stabilea o distincție clară:

> Este perfect adevărat că psihanaliza, la fel ca alte metode psihoterapeutice, folosește instrumentul sugestiei (sau al transferului). Diferența este însă aceasta: în analiză nu i se permite să joace rolul decisiv în stabilirea rezultatelor terapeutice. [...] Transferul îi este adus la cunoștință pacientului de către analist și este rezolvat convingînd pacientul că în cadrul acestei atitudini de transfer el *retrăiește* relații emoționale care își au originea în timpul perioadei reprimate a copilăriei sale (1935, p. 80).

Erickson, mai degrabă utilizînd aceste relații decît convingîndu-și pacientul de semnificația lor interpretată, îi descrie lui Rossi abordarea sa, apelînd din nou la exemplul lui *The February Man*:

> Milton H. Erickson: Cînd întreb „În ce măsură crezi că mă vei simpatiza după trei-patru ani?", am un raport bun cu ea. Ea îmi răspunde: „Va fi *frumos*". Eu îi răspund: „Cred că

va fi frumos să te întîlnesc atunci". Am depotențializat o mică îndrăgostire copilărească.
Ernest L. Rossi: Pentru a diminua transferul?
MHE: Da.
ELR: Faceți asta într-un mod foarte literal, concret!
MHE: Și prin urmare foarte ușor! (Erickson și Rossi, 1979, p. 97)

J.O. Behrs, în *Understanding Erickson's Approach*, discută aspecte ale acestei diferențe între Erickson și numeroșii specialiști în terapie dinamică:

Implicația că, pînă și la pacienții borderline, pot fi prezenți observatori interiori neafectați, care îl pot percepe cu acuratețe pe terapeut, indiferent cît de intens poate fi transferul manifest, sugerează o posibilă revizie majoră a metodei psihanalitice, fără o negare semnificativă a teoriei acesteia. Discutarea directă a aspectelor ascunse sau „comunicarea cu inconștientul", cum a definit Erickson modalitatea hipnotică, poate avea aceeași funcție precum depășirea transferului, dar poate fi mai rapidă (Zeig, 1982, p. 79).

O altă înțelegere mai modernă a acestei diferențe este exprimată de o psihologă și hipnoterapeută experimentată (Stott, 1998), care a trăit ea însăși și experiența terapiei dinamice, și a celei ericksoniene, în calitate de pacient:

Mi-am amintit că încercasem să-i explic prietenei mele cu orientare analitică de ce este acceptabil pentru mine să

participic la un seminar prezentat de psihoterapeutul meu. „Nu este o problemă să-l văd în aceste două roluri”, am explicat eu. „De fapt, cele două se susțin reciproc. Nu cred că este problematic, deoarece transferul, în cadrul colaborării noastre, este atît de diferit de ceea ce am trăit în trecut.” „Cum adică?”, a întrebat ea.

Răspunsul meu: Cînd Eric și cu mine lucrăm împreună, între noi există o zonă în care ne întîlnim și lucrăm. Amîndoi ieșim din viețile noastre pentru a accede acolo. Și luăm cu noi ceea ce este necesar pentru a lucra. De obicei, sînt eu însămi acolo, dar cu vulnerabilitatea asumată de a fi deschisă și directă, și cît mai sinceră posibil, uneori fiind curioasă să înțeleg ceva, alteori doar din necesitatea de a fi înțeleasă, știind că voi ajunge să mă înțeleg eu însămi pe măsură ce mă înțelege Eric.

Există un al treilea loc în încăpere: este el, sînt eu și mai este locul în care lucrăm împreună. Dacă ar exista un transfer, acesta ar fi orientat spre relație. Dar nu cred că poate fi numit cu adevărat transfer. Permite colaborării noastre să se dezvolte, să existe și asta e de-a dreptul eliberator. Permite apariția proceselor fundamentale într-un mediu foarte încurajator, stimulant, ocrotitor.

Nu insiști asupra tuturor detaliilor despre delimitări. Consolidezi în mod eficient funcționarea eului, opusă transferului tradițional al atașamentului-individuației. Este o experiență mai directă, dar complet diferită.

Și el pare să fie el însuși; viața lui personală este uneori vizibilă (deși detaliile sînt necunoscute), dar în mare parte irelevantă, cu excepția faptului că mă ajută să înțeleg ceea ce încerc să înțeleg. Este prezentă în mod plăcut; transmite

bunătate și un interes mare față de oameni, dar interferează cu munca noastră. Astfel, „transferul” este mult mai puțin personal decît într-un cadru mai tradițional. De exemplu, nu am niciodată impresia că îmi este ca un tată, deși sînt momente cînd îmi inspiră bunătatea, blîndețea, înțelepciunea sau provocările pe care ți-ai dori să le primești de la un tată.

Parcă aspectele interpersonale ale terapiei ar fi canalizate prin acest spațiu de lucru dintre noi, devenind în acest mod personale, dar păstrîndu-și totuși nota impersonală, și sînt legate de activitatea noastră de acolo, din acel moment, nu de cine este Eric atunci cînd prezintă un seminar. La fel cum cineva poate învăța de la un instructor talentat să danseze, să se rotească și să se avînte în sărituri pe ringul de dans, la fel cum poate avea experiența dansului și experiența de a fi alături de instructor fără să simtă vreodată nevoia să-l cunoască, așa este și terapia. Astfel, faptul că îl văd în contextul unui seminar are un impact foarte redus asupra activității noastre în colaborare la birou. Sînt doar două modalități diferite de a avea experiența aceleiași persoane.

Persoana terapeutului

Pacienții lui Freud veneau în biroul lui de acasă, îi citeau cărțile, îi cunoșteau colegii. Pacienții lui Erickson veneau în biroul lui de acasă, îi citeau cărțile, îi cunoșteau familia. Spre deosebire de ideea că terapeutul poate fi un „ecran gol” pentru proiecțiile unui pacient, terapeuții ericksonieni speră

să-și folosească persoana – vocea, postura, umorul, prezența, circumstanțele sociale – pentru a influența recuperarea și dezvoltarea celeilalte persoane. Considerăm că reacțiile emoționale intense, pozitive și negative, sînt corelate cu orice relație interumană reală.

„Contratransferul negativ" a fost utilizat de Erickson pentru a-și pregăti studenții de la medicină să-și formeze o atitudine terapeutică și sentimente față de pacienții lor. El descrie această abordare a emoțiilor terapeutului folosind limbajul analitic înțeles de studenții săi. Descrierea sa provine dintr-un atelier din 1965 despre folosirea hipnozei pentru controlul durerii:

> Iată acum o întrebare importantă: în demersul de a analiza și de a controla atitudinile pacienților, cum vă controlați propriul contratransfer, astfel încît să nu stimulați anxietatea?
> I-am dus adesea pe studenții mei la medicină în clinici de oncologie, deoarece cred că trebuie să vadă cazuri terminale de cancer; cred că trebuie să vadă toate ulcerațiile și toate problemele dificile care rezultă din cazurile neglijate. Am văzut unele la Spitalul Districtului, [...] iar studenții mei de la medicină au fost mai degrabă oripilați de aspectul rănilor pacienților și de starea lor generală deprimantă.
> După ce studenții au fost profund oripilați și și-au manifestat reacțiile negative, am subliniat: „Reacționați negativ față de pacienți. De ce? Nu sînt oare aceștia pacienții care vă permit să beneficiați de o educație medicală? Cum vă așteptați să vă cîștigați existența, dacă

> nu întîlnind pacienți, respectîndu-i și simpatizîndu-i, simpatizîndu-i profund? [...] Nu credeți că ar trebui să le fiți recunoscători?”.
> De asemenea, îmi duc studenții în saloanele din secția de psihiatrie și procedez la fel. Pur și simplu nu ar trebui să ai altă atitudine față de pacienți decît una de înțelegere, simpatie și respect (Erickson, 1983, vol. I, pp. 271-272).

În practica lui terapeutică, Erickson tolera toate tipurile de emoții față de pacienți, precum și pe cele ale studenților, dar subliniind mereu că trebuie să arate pacientului „înțelegere, simpatie și respect”. Reacția lui față de propriile adaptări emoționale este atît fermecătoare, cît și caracteristică:

> Am avut o experiență de contratransfer într-una din serile trecute. Femeia asta mă irita la culme. Îngrozitor. Pacientul anterior venise în costum de baie și udase complet scaunul. Am luat un prosop și l-am pus pe scaun. Apoi, pacienta care mă irită atît de mult a intrat, s-a așezat pe prosop și m-a iritat foarte mult. Brusc, mi-am dat seama, cu mare amuzament, că după ce a plecat am apucat prosopul de un colț și, foarte prudent, ezitînd, l-am luat și l-am pus în coșul de rufe. [*Rîsete*] Asta m-a amuzat mult. Propria mea reacție mai mult sau mai puțin fobică la prosop – rezumatul enervării mele. Cred că eram comic, ducînd prosopul acela la coșul de rufe. (Haley, 1985, vol. I, p. 89)

Terapeutul ca dublură

> Pînă și cele mai strălucite rezultate riscau să dispară brusc, dacă relația mea personală cu pacientul era perturbată, dovedind că relația emoțională personală dintre medic și pacient era la urma urmei mai puternică decît întregul proces cathartic și se sustrăgea oricărei tentative de control.
> Sigmund Freud (1935, p. 48)

Dublura este un membru al unei trupe de teatru sau al distribuției unui film care ia locul personajelor principale, le rostește replicile și le permite celorlalți actori să se aranjeze în cadru pentru scene și să-și rostească intrările și ieșirile în absența vedetei. La reprezentația reală, dublura așteaptă în culise, iar actorii principali intră în scenă. În terapiile active, cum ar fi psihodrama, cu spațiul său metaforic teatral, rolul unei dubluri poate fi esențial pentru repetițiile acțiunii.

Terapiile tradiționale pot beneficia de pe urma acestui mod de a conceptualiza relațiile. În loc să se simtă ofensați că sînt considerați dubluri ale părinților, prietenilor sau iubiților, terapeuților le poate face plăcere această utilizare a abilităților lor și o pot încuraja. Ar putea spune: „Îți voi vorbi ca o mamă (sau ca o rudă care spune lucrurile verde-n față, prieten sau frate)” sau chiar: „Dacă eram un altfel de terapeut, aș fi spus…”.

Un exemplu de abordare a problemelor folosind dublura și al ideii de imaginație înlocuind-o pe cea de transfer se găsește în *Conjoint Hypnotherapy with an Imagined Co-therapist* (Greenleaf, 1985). A apelat la mine Melody, o femeie cu o

căsnicie fericită, care, deși avea orgasm cu soțul ei și avea o mare varietate de activități și emoții sexuale, avea sentimentul de reprimare sexuală. Inhibiția ei, pentru ea rușinoasă și secretizată, se manifesta printr-o ezitare temătoare de a face controale ginecologice de rutină. De asemenea, simțea greață și amețeli cînd încerca să folosească tampoane. În plus, și mai deranjant pentru Melody, ea însăși psihoterapeut, se „îndrăgostise" de mai mulți terapeuți la care apelase, primul la trei luni după ce se căsătorise, ceilalți pe parcursul următorilor 15 ani.

Ședințele noastre de terapie au continuat pînă la rezolvarea inhibiției ei și a durat peste un an. Ne-am întîlnit cîte o oră pe săptămînă și ne-am ocupat pe rînd de teme din viața ei care păreau să ofere o modalitate de diminuare a problemei ei. Între timp, Melody s-a „îndrăgostit" de terapeutul ei tot mai profund. Spunea că: „Trebuie să continui să fac asta pînă ce mă voi epuiza și voi renunța".

Melody a fost încurajată în mod repetat să-și exprime toate sentimentele sexuale prin cuvinte și prin scrisori și să se bucure de aceste sentimente ca de expresiile naturale ale emoțiilor ei puternice, feminine. „Simt puțină ușurare și în timp ce scriu, dar experiența ușurării este mult mai intensă după ce îți expediez aceste scrisori și vise", spunea ea.

Experiența în care o femeie atrăgătoare, inteligentă, sinceră îți declară pasiunea ei sexuală săptămînă de săptămînă este amețitoare, indiferent cît de trivializată, demonizată sau interpretată este în literatura de specialitate. Cutia mea poștală era plină cu scrisori. Am crezut că mi-ar prinde bine un ajutor, așa că am sugerat ca Melody să-i ceară părerea unei femei cu privire la emoțiile ei intense. Pentru a

economisi ceva din cheltuielile implicate, urma să se consulte în imaginația ei cu o femeie terapeut, la alegere. A ales-o pe distinsa și inovatoarea terapeută Mara Selvini Palazzoli, specializată în terapie de familie. Apoi, acasă, a avut prima dintre cele patru lungi conversații cu Mara.

În cadrul primei discuții, Mara i-a dat lui Melody o pătură albastră cu roșu, spunîndu-i:

> A fost a bunicii tale, cu mulți ani în urmă. Ea a renunțat la ea, nu a mai folosit-o și a ascuns-o atît de bine cînd a murit prima ei dragoste, încît uitase de ea. Aceasta fusese acoperămîntul protector al feminității ei. Sub protecția ei călduroasă, i se abandona pe deplin – dar, mai important, se abandona misterelor propriei ei naturi.

Mara i-a mai spus că soțul lui Melody va profita la fel de mult ca ea de „comoara secretă”.

În cadrul celei de-a doua conversații, Melody i-a cerut Marei să-i spună ce înțelege din „visul despre fetița-copil și trunchiul masculin cu un penis mare”. Punîndu-le pe Melody și pe fetița de trei ani pe pătura albastră magică, Mara le-a transportat pe un deal, care era cel mai înfricoșător loc din vis. Ea a spus: „Nu vi se va întîmpla nimic rău. Vă voi ajuta să aflați ce să faceți”. Melody și copila erau goale. „Brusc, mi-am dat seama că peste noi s-a lăsat o umbră. Mara m-a strigat: «Melody, deschide ochii și privește acum».”

Era un străin înalt, cu tenul închis la culoare, frumos. Mara a luat copilul cu ea, apoi s-a întors la Melody. A îndemnat-o pe Melody să vorbească cu el, să se așeze lîngă el, să-l atingă, să facă dragoste cu el. Melody și bărbatul se mîngîie unul pe

altul. „Brusc, mi s-a făcut teamă. În acel moment, cîntecul Marei a venit spre mine, purtat de vînt – ea alina copilul, iar eu m-am simțit la rîndul meu liniștită.” Melody și străinul au făcut dragoste pînă ce amîndoi au fost satisfăcuți. Copilul s-a întors, iar Mara i-a spus lui Melody: „Corpul tău cuprinde toate semnificațiile de care ai nevoie”.

Mara a reunit tema fetiței înspăimîntate, a străinului ispititor și a cunoașterii sexuale a femeii mature. Ea le-a situat pe acestea în contextul istoricului pacientului – imitarea iubirii inhibate a unei bunici. Pentru cea de-a treia conversație a lor, am rugat-o pe Melody să discute cu Mara despre atracția ei sexuală intensă manifestată față de mine.

În cadrul acestei conversații, Mara i-a cerut lui Melody să-și descrie fanteziile și emoțiile sexuale. Apoi Mara i-a sugerat să-și imagineze că este în birou, împreună cu mine. Melody a cerut Marei să o însoțească în această fantezie și a avertizat-o: „Dacă ajung într-o situație dificilă din cauza ta, plec!”. A fost încurajată să-și exprime sentimentele naturale în cuvinte – care s-au dovedit a fi pline de căldură și afecțiune – și i s-a spus: „Reținerea creează dificultăți. Cu mult timp în urmă, ai învățat să suprimi aceste sentimente naturale și foarte juste”.

A patra conversație cu Mara a avut ca temă modalitățile în care Melody și-ar putea programa timpul și ar putea avea grijă de ea în lume, la serviciu, cu prietenii. Iată ce a spus Melody despre conversațiile cu Mara:

> Par să încurajeze această trecere importantă de la a te privi ca pe cel care trebuie venerat și adorat la a te privi pur și simplu ca pe egalul meu. Nu mă refer aici la conținutul conversațiilor, ci mai degrabă la însăși structura lor. În

> plus, feminitatea Marei... într-un anume fel, îmi permite să-mi recapăt propria înțelepciune și forță în loc să le proiectez asupra unei figuri masculine (tu, mai recent). Mă simt fericită. Da! Sînt fericită! Cred că în sfîrșit mă îndrăgostesc de mine însămi.

Rezolvarea problemelor legate de emoții nu a fost însoțită de dezinhibare sexuală, deși a generat schimbări reale în privința modului în care Melody se percepea pe sine, schimbări remarcate și lăudate de prietenii și de soțul ei. Chiar și în anul următor, Melody a insistat să discute despre aspectele nemenționate ale dramei ei familiale, pentru a le retrăi, pentru a le discuta, pentru a visa pornind de la ele și pentru a le înțelege:

> Am visat că în timp ce mă uitam în cea mai adîncă parte a apei, care era la început, un bărbat care era ba soțul meu, ba tatăl meu a apărut în spatele meu în timp ce priveam.

În februarie, Melody a „mărturisit” cu lacrimi în ochi că încă nu își depășise inhibiția sexuală, în martie a cerut să întrerupă terapia, apoi s-a răzgîndit și a continuat pînă la finalizarea cu succes a experiențelor pe care și le stabilise ca sarcini ale terapiei. Capacitatea ei de a se supune în mod confortabil examinării ginecologice a fost dovedită la începutul acelui an, dezinhibarea fricii sexuale în aprilie, iar în septembrie a reușit să-și introducă un tampon fără să simtă greață și amețeală.

Erickson insista mereu că aceste obiective și investigații trebuiau realizate: „în felul tău, în ritmul tău, în modul

potrivit, la momentul potrivit". Astfel, recunoașterea pasiunii sexuale ca emoție naturală, manifestarea activității sexuale cu partenerul potrivit, respect pentru emoțiile generate pe parcursul psihoterapiei, respectul între terapeut și pacient, încredere în înțelepciunea, puterea și dragostea proprie – toate aceste teme vizînd emoția trebuie să coexiste și să fie exprimate. După cum spunea Melody: „Ar fi frumos să simt ceea ce simt, nici mai mult, nici mai puțin decît ceea ce corespunde momentului, și să găsesc o cale de a păstra legătura cu tine, concomitent".

Pentru a exemplifica în continuare lucrul cu pacienta și pentru curiozitatea cititorului, includem o transcriere a ședinței în care Melody și eu am cunoscut-o pe Mara și am apelat la ajutorul ei, în calitate de coterapeut imaginar. Aici, „G" este Eric Greenleaf, iar „P" este Melody Palmer.

G: M-am gîndit ca azi să facem o ședință comună.

P: Cu cine?

G: Cu Mara.

P: M-am gîndit la asta zilele trecute. (*Rîde)* Și?

G: M-am gîndit că ți-am putea arăta ceva legat de dilema ta. Bun. Să presupunem că stai rezemată și închizi ochii. (*Pauză*) Acum, nu știu cînd ai început să mergi la filme „sexy", dar, dacă ai început să mergi la filme sexy cu mult timp în urmă, probabil îți amintești că personajele masculine din acele filme poartă adesea măști. Dacă nu ai început să mergi la ele cu mult timp în urmă, crede-mă pe cuvînt. (*P. rîde*)

În scrisorile pe care mi le scrii mi-ai spus unele lucruri interesante. Iar unul dintre ele a fost că este diferit să ai

sentimente sexuale într-o fantezie decît să ai o diversitate de sentimente chiar aici, vorbind cu mine, iar contrastul te intrigă, nu te frustrează. Așadar, m-am gîndit ca Mara și eu să stăm cu tine și să te lăsăm să vezi un film sexy imaginat de tine, iar apoi, la un moment dat, cînd ești satisfăcută de conținutul erotic al acestei reverii, personajul masculin din el își va da masca jos și tu îl vei putea vedea, apoi își va da din nou masca jos, oricîte măști ar avea. Astfel, Mara va porni filmul. Te poți uita cît dorești. Trebuie doar să privești ecranul și îl vei vedea. Ea va sta de o parte a ta, iar eu de cealaltă parte, iar tu doar te vei uita; cînd vei termina de văzut filmul, vei deschide ochii și îmi vei spune ce ai văzut.

P: Iar acest bărbat ar trebui să poarte o mască?

G: Știi, probabil va arăta ca terapeutul tău, la început. Cel puțin, asta e masca pe care a purtat-o mereu în trecut.

P: E foarte adevărat. (*Rîde*) Doamne!

G: Acum, cît timp vezi filmul, eu nu te voi privi. Merg să aduc cafea. Vrei cafea, ceai, lapte?

P: Se spune: „Vrei cafea, ceai sau pe mine?”. (*Rîde*) Bine. Ceai, cu un cub de zahăr.

(*Trec zece minute, iar P. stă singură. G. pleacă să aducă ceai și cafea, apoi se întoarce.)*

P: Ai venit chiar la partea cea bună. Cum e cu „masca” asta? Ar trebui să știu cine e?

G: Nu neapărat. Poate să arate ca un necunoscut. Dacă ai întrebări, întreab-o pe Mara ce știe despre acest eveniment ciudat, faptul că acest străin manifestă o atracție sexuală atît de intensă față de tine.

P: E foarte ciudat. Îmi imaginez oarecum vag un bărbat mai în vîrstă. Mi-am imaginat că va avea mai multe măști, dar e aceeași. Sînt totuși oarecum surprinsă că e măcar… cînd l-am văzut pe acest bărbat mai în vîrstă, care e un străin, *nu m-am simțit îngrozită.*

G: Poate vrei să o întrebi pe Mara dacă a simțit vreodată o atracție sexuală intensă, puternică față de străini sau dacă știe să li se fi întîmplat asta altor femei. Ascultă ce-ți spune ea despre asta.

P: Ea are o concepție absolut pozitivă referitoare la acest subiect. (*Rîde*) Spune că este o experiență pe care o au mulți oameni, că nu trebuie să ne fie frică sau rușine de asta, ci ar trebui să ne bucurăm. Poate că uneori este ușor să fii cu capul în nori, iar aceste sentimente ne pot aminti de ceva mai profund.

G: De ceva mai natural. Străinul ei este mai în vîrstă?

P: Nu are unul singur. Ei bine, ea e mai în vîrstă. (*Rîde*) Are și unii mai tineri, și unii mai bătrîni. Îi place varietatea. (*Rîde*)

G: Da, îi place. (*Pauză*) Iar tu poți deschide ochii. Te-ai simțit bine?

P: Ce spui tu că fac atunci cînd fac asta? Cînd îmi dau frîu liber, ce fac? Cînd am aceste fantezii e ca și cum ți-aș încredința ție funcțiile mele conștiente. Tu ești profesorul sau ești cel care are controlul. Iar asta îmi permite să îmi imaginez cum mă adîncesc din ce în ce mai mult în aceste sentimente sexuale. Dar, de fapt, eu sînt cea responsabilă pentru toate astea. Doar mă folosesc de tine într-un mod convenabil, întru cîtva.

G: Ah! Asta sînt eu – ofer confort sexual!

P: (*Rîde*) Dar aici este adecvat.
G: Cred că exact așa e.

După această discuție, Melody a ascultat o expunere lungă, complicată despre diversele interpretări psihanalitice și analitice jungiene ale „străinului” în sexualitate și despre utilitatea negării ca modalitate treptată de a permite informațiilor să pătrundă în conștiință. Conceptul arhetipurilor inconștientului colectiv a fost invocat pentru a încuraja o rearanjare a emoțiilor și acțiunilor, mai adecvată necesităților și sensibilităților individuale ale lui Melody decît aranjamentul pe care i-l lăsase moștenire familia.

Apoi, în ultimele minute ale orei, am discutat despre relație:

G: Așadar, ceea ce îi face pe oameni speciali este experiența de a întreprinde ceva unic împreună. Știi povestea *Micul Prinț*? Știi ce îi spune vulpea Micului Prinț cînd el pleacă? Îi spune: „În lumea asta sînt milioane de băieței și milioane de vulpi. Dar de ce anume ești tu special pentru mine? Ești special pentru mine fiindcă m-ai «îmblînzit»”, i-a spus vulpea băiatului. „Așadar, oriunde voi merge, voi vedea culoarea părului tău în unduirea lanului de grîu și culoarea ochilor tăi în albastrul cerului.” Nu credea el că era cel mai blond băiat din lume sau că vulpea era cea mai roșie vulpe din lume, dar erau speciali unul pentru altul datorită relației lor, deși lumea e plină de vulpi și de băieței.

Cînd aplicăm psihoterapia, este important să respectăm emoțiile generate și realitatea relațiilor formate în timpul lucrului. Chiar și Freud spunea: „Psihanaliza este în esență un tratament prin iubire” (Bettelheim, 1983, p. v). Toți recunosc însă că aceste relații și emoții sînt integrate într-un context complex, considerat acum ca fiind alcătuit din narațiuni, structuri sau familii sau conceput sub forma complexelor sau a introiecțiilor.

Cînd interacționăm cu cei din jurul nostru, sesizăm cu toții „vocea conștiinței”, unii dintre noi chiar și „vocile” sau „viziunile”, prezența bîntuitoare din intersectările noastre cu ceilalți sau din aspectele „inconștientului” nostru, pe care oamenii o poartă cu ei atît în vise, cît și în perioadele conștiente. De asemenea, sfaturile înțelepte ale prietenilor, rudelor și terapeuților ne conferă încredere în purtările noastre. Ne-am putea aminti vocea unui prieten sau, firește, pe cea a lui Milton Erickson, în perioade de îndoieli sau de luptă.

Acestea fiind spuse, elementul reprezentativ al terapiei eficiente este faptul că oamenii ajung să se bazeze în viață tot mai mult pe propria lor înțelepciune și pe emoțiile lor și se simt egali cu alți oameni pe care îi întîlnesc pe parcurs. În luna august din acel an, Melody mi-a spus:

> Poate că vă veți bucura să auziți ce mi-a spus prietena mea în dimineața asta, cînd stăteam pe balcon, la serviciu: „Melody, arăți foarte sexy în ultima vreme. Treci cumva printr-o revoluție sexuală?”. I-am răspuns: „Da!”.

Sumar și concluzii

Pe lîngă diferențele în abordarea rezistenței și transferului, trebuie avute în vedere diferențe importante între terapiile dinamice mai vechi și formele strategice și narative moderne ale psihoterapiei ericksoniene. Să recapitulăm:

1. Terapeutul din modelul dinamic ar trebui să aibă un ton reflexiv și neutru sub aspect emoțional, fiind orientat spre trecutul pacientului. Terapeuții moderni sînt îndemnați să fie pozitivi sub aspect emoțional, plini de umor și optimiști, să aibă un ton activ și orientat spre viitor.
2. Pacientul, în terapia dinamică, este considerat responsabil pentru schimbare, și totuși i se impune mai degrabă să înțeleagă decît să acționeze. Terapeuții moderni se consideră responsabili pentru schimbare și încurajează pacientul să acționeze, deși responsabilitatea este considerată adesea colectivă, iar acțiunile pot fi acte imaginative sau mici schimbări ale unor tipare simple de acțiune.
3. Terapiile dinamice cultivă conceptul de rezistență și susțin că scopul terapiei este să facă inconștientul conștient. Terapiile moderne aplică utilizarea inconștientului pe lîngă utilizarea conștientului.
4. Metoda psihoterapiei dinamice este interpretarea, un instrument analitic cu ajutorul căruia trecutul să fie conceptualizat în mod diferit. Metoda modernă este nararea, un instrument didactic prin intermediul căruia se imaginează viitoruri diferite.

5. Înțelegerea este considerată un stimulent al schimbării în modelele dinamice ale terapiei, pe cînd în multe modele moderne se consideră că schimbarea stimulează previziunea.

Practicile hipnoterapiei implică concentrarea atenției asupra tuturor aspectelor persoanei care ne stă înainte: postură și fiziologie, limbaj, figuri de stil, tipare de acțiune, cultură și stil personal. Deși este adevărat că hipnoterapeuții învață să dea directive și să spună povești, ei exersează totodată o relație puternic reciprocă, caracterizată prin dezinvoltură și intensitate, care contrastează atît cu stereotipul hipnotizatorului autoritar, cît și cu stereotipul analistului neutru. Practicile hipnoterapeutice încurajează posibilități surprinzătoare și imaginative în rolurile sociale, precum și în emoții, imagini și acțiuni.

Subiecte de reflecție în legătură cu principiile ericksoniene

► Delectați-vă cu maxima lui Erickson (Erickson, 1980, vol. I, p. 146): „Nevoia de a aprecia subiectul ca persoană care posedă o individualitate ce trebuie respectată nu poate fi subliniată îndeajuns”.

► Gîndiți-vă la comunicare și la relații, nu la aspectele intrapsihice.

► Utilizați relația terapeutică pentru a-i ajuta pe pacienți să-și atingă obiectivele.

► Utilizați relațiile imaginate disponibile ca instrumente în terapie.

► Discutați deschis despre orice cu ceilalți, rămînînd totodată dezinvolt și în contact cu inconștientul.

Bibliografie

Bettelheim, B. (1983). *Freud, and man's soul.* New York: Knopf.

Cheek, D.B., LeCron, L.M. (1968). *Clinical hypnotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Erickson, M.H. (1980). În E.L. Rossi (ed.), *Collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis* (4 vol.). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1983). E.L. Rossi, M.O. Ryan, F.A. Sharp (eds.), *Healing in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson* (4 vol.). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Hill, L.B. (1944/1980). Unconscious mental activity in hypnosis: psychoanalytic implications. În E.L. Rossi (ed.), *Collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. III (pp. 207-220). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states.* New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1989). *The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Freud, S. (1935). *An autobiographical study.* New York: Norton.

Greenleaf, E. (1985). Conjoint hypnotherapy with an imagined co-therapist. În J.K. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. III: *Clinical applications* (pp. 507-514). New York: Brunner/Mazel.

Haley, J. (ed.) (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.* New York: Triangle Press.

Haley, J. (1993). *Jay Haley on Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Rosen, S. (ed.) (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson.* New York: Norton.

Stott, F. (1998). *Note on transference in dynamic and Ericksonian therapies* (nepublicată).

White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Zeig, J.K. (ed.) (1982). *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lecturi recomandate

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1989). *The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Haley, J. (1993). *Jay Haley on Milton H. Erickson*. New York: Brunner/Mazel.

Rosen, S. (ed.) (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson*. New York: Norton.

Capitolul 8

Poveștile

Betty Alice Erickson

Milton H. Erickson, doctor în medicină, a devenit celebru pentru poveștile sale terapeutice. Nararea poveștilor este acum un instrument psihoterapeutic recunoscut, mai ales datorită modului în care l-a folosit Erickson. Cei care au ajuns să lucreze și să studieze cu el și-au dat seama de șarmul și influența poveștilor pe care le spunea acesta pacienților săi și pe care le folosea cînd preda. Studenții săi au început nu doar să scrie despre această tehnică, ci și să o folosească atunci cînd predau și practicau ei înșiși terapia.

Erickson spunea povești pentru amuzament, dar și din motive specifice. A descoperit atracțiile, scopurile și puterea poveștilor la începutul vieții sale. Cînd era foarte tînăr, le spunea povești pescarilor pe care îi întîlnea cînd vîslea într-o canoe pe fluviile Mississippi și Wisconsin, făcînd sport pentru a combate efectele paraliziei infantile. Mai tîrziu, îi făcea mare plăcere să povestească cum era invitat la masă fiindcă spunea povești. Mai important, a învățat multe despre oameni și despre nararea poveștilor.

În anii ’40, publica adesea într-un ziar la rubrica de scurte povestiri despre oameni obișnuiți, în timpul celui de-al Doilea Război Mondial. Copiilor lui le-a spus povești la culcare pe parcursul întregii lor vieți. Spunea povești practic tuturor pacienților și studenților săi. Apoi spunea povești despre poveștile pe care le spusese.

De cele mai multe ori, poveștile sale aveau scopuri multiple. În primul rînd, erau atractive și amuzante atît pentru Erickson, cît și pentru ascultător. De asemenea, ofereau exemple de înțelegere și comportament, pe lîngă șansa oferită oamenilor de a învăța în moduri pluristratificate, inofensive și plăcute.

De-a lungul anilor, Erickson și-a perfecționat talentul de a integra mesaje profunde în poveștile sale. Fiecare ascultător putea apoi auzi și înțelege la nivelul cel mai adecvat și mai util din momentul respectiv. Erickson avea încredere în faptul că ascultătorul își va aminti mesajul important din poveste și că îl va înțelege la un nivel mai profund atunci cînd va apărea necesitatea unei astfel de înțelegeri. Fiecare poveste pe care o spunea era o șansă de a transmite cunoaștere, de a oferi informații și de a direcționa gîndirea. De obicei era plină de metafore, atît cu semnificații evidente, cît și cu unele mai ascunse. Ascultarea unei povești inducea o transă sau o stare asemănătoare transei, iar ascultătorul putea asimila lecții importante și profunde, fără să realizeze asta în mod conștient sau fără să înțeleagă schimbările la nivelul experienței interne și al învățării.

Lui Erickson îi plăcea să spună povești care ofereau informații utile. Credea că a oferi este darul suprem. Se baza pe convingerea că inconștientul ascultătorului va folosi

cunoașterea în felul cel mai potrivit și mai util pentru acea persoană. Nu avea nevoie de o validare a faptului că mesajul era folosit, nici măcar că era receptat.

Fiul lui, Lance, s-a născut cu suflu sistolic și cu o foarte scurtă speranță de viață. Cînd Lance era mic, Erickson îi arăta adesea un stejar uriaș din fața casei lor. Lance încă își mai amintește cum vorbea Erickson despre acel copac minunat, care avea sute de ani. Copacii trăiesc mult, îi spunea el fiului său. Trăiesc mult timp și cresc înalți și puternici. Sînt de admirat. E plăcut, sublinia Erickson, să știi că există entități vechi, care pot trăi mult timp.

Pe măsură ce Lance creștea, își făcuse un obicei din a căuta mereu cel mai bătrîn copac din jur. Pînă în prezent, a rămas, după cum singur afirmă, un mare admirator al copacilor bătrîni; pur și simplu îi place să-i privească. Acum recunoaște mesajul inclus în poveștile spuse de tatăl său. Deși avea o malformație la inimă, nu exista nici un motiv pentru care să nu aibă o viață lungă.

Ar fi imposibil de dovedit că poveștile despre copaci, pe care Erickson i le spunea exclusiv lui Lance, au contribuit la creșterea speranței lui de viață. De asemenea, este imposibil de dovedit că poveștile diminuau neliniștile sau îngrijorările pe care Lance le-ar fi putut avea cu privire la problema lui cardiacă. Din punctul de vedere al lui Erickson, el oferea informații care nu puteau decît să ajute și se baza pe înțelepciunea inconștientului de a le folosi.

Le spunea povești la culcare tuturor copiilor săi. Personajul principal era de obicei o broască foarte mare pe nume Burtă-Albă, care învăța aceleași lecții și valori existențiale pe care își dorea să le învețe copiii săi. Pe măsură ce Erickson a continuat

să folosească și să spună povești, a învățat o modalitate de a introduce mesajul care producea tot mai eficient transa, folosind adesea povestea însăși ca metaforă pentru mesajul ei: „A fost odată ca niciodată o broască. Ea trăia pe o frunză de nufăr din mijlocul unui iaz. Avea spatele verde și burta albă și o chema chiar așa, Burtă-Albă. Lui Burtă-Albă îi plăcea să stea pe frunza lui de nufăr din mijlocul iazului, încălzindu-se la soare, cu apa răcoroasă dedesubt, și să aștepte să treacă muștele pe lîngă el. Muște mari, muște mici, muște roșii, muște verzi, muște albastre, muște galbene și, uneori, musca lui preferată, o muscă mare, grasă, suculentă, mov, zbura pe lîngă el. Într-o zi, cînd Burtă-Albă stătea acolo, în soarele cald, așteptînd, așteptînd…”. Povestea continua și țesea mesajul lui Erickson în aventurile magice. Copiii percep mesajele părintești la niveluri multiple, bucurîndu-se de poveste.

Fie că Erickson făcea psihoterapie, lucra cu hipnoza sau doar preda, comunica într-un mod succint, relevant. Delimitările dintre psihoterapie, hipnoză și predare erau adesea șterse în mod deliberat. O poveste atent structurată permitea estomparea granițelor dintre acestea și contribuia la comunicarea cu resursele conștiente și inconștiente ale fiecărei persoane.

Erickson nu a scris despre modul în care folosea poveștile în terapie. Nu a încercat să-i învețe pe alții cum să folosească poveștile în terapie. Ceea ce a făcut el a fost să demonstreze acest lucru în practic toate ședințele, în aproape fiecare inducție a transei, ori de cîte ori lucra cu studenții sau cînd vorbea cu oamenii, în contexte sociale sau obișnuite. Unele povești erau atent structurate pentru anumite scopuri, iar altele erau spuse fiindcă îi plăcea o poveste reușită. Credea în

puterea poveștilor. Modul în care trăia, lucrul cu studenții și cu pacienții și amintirile tuturor celor care au interacționat cu el constituie un monument care atestă importanța pe care o acorda povestirii, ca formă de comunicare, ca dar din dragoste și ca terapie.

Concepția experților despre Erickson

Practic, oricine a studiat activitatea lui Erickson a dedicat multă energie analizării și încercării de a înțelege modalitățile prin care acesta crea povești înzestrate cu o multitudine de semnificații relevante. Jeffrey Zeig (1980), în *A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*, dedică un întreg capitol folosirii terapeutice a poveștilor (pp. 3-27). El include o analiză atentă a eficacității acestei metode, precum și o analiză a cîtorva povestiri din transcrierea seminarului. În alte cărți și în activitatea lui de predare, Zeig a continuat să descrie și să analizeze poveștile spuse de Erickson. În *Experiencing Erickson*, Zeig (1985b) include o transcriere a unor îndrumări primite direct de la Erickson: nararea poveștilor alcătuiește o parte însemnată a acestor instrucțiuni. De asemenea, mai există o relatare despre o terapie pe termen lung cu schizofrenici, în care poveștile jucau un rol important (pp. 20-27).

Și alții s-au concentrat pe forța poveștilor. În *My Voice Will Go With You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson, M.D.*, editorul Sydney Rosen, doctor în medicină (1982), împarte pe

categorii unele dintre poveștile lui Erickson. Rosen analizează obiectivele poveștilor și explică alegerea anumitor cuvinte și episoade. Chiar și titlul cărții provine dintr-o inducție a transei folosită des de Erickson: „Vocea mea te va însoți. Vocea mea va deveni vocea părinților tăi, a vecinilor, a prietenilor, a colegilor de școală, a prietenilor de joacă, a profesorilor [...] Te vei bucura pentru ceva, ceva ce s-a întîmplat cu mult timp în urmă, ceva ce ai uitat cu mult timp în urmă".

Ernest Rossi a colaborat cu Erickson la publicarea unei transcrieri a activității terapeutice care explora prin hipnoză copilăria unei femei cu depresie cronică. Plină de povești, o parte a terapiei implica utilizarea de către Erickson a unui personaj mitic, Omul-Februarie, pentru a ajuta pacienta să-și reconstruiască trecutul psihologic (Erickson și Rossi, 1989).

Jay Haley, legendar el însuși ca terapeut și comunicator expert, a fost intrigat pentru prima oară de stilul de comunicare al lui Erickson la începutul anilor '50. El și John Weakland au petrecut multe ore studiind cu Erickson, iar cele trei volume ale lui Haley (1985) de *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.* conțin transcrieri fidele ale unei mari părți din colaborarea lor, incluzînd multe din povestirile lui Erickson. De asemenea, Haley (1986) a folosit aceste povești în *Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* În acest volum fundamental de terapie scurtă și strategică în care Haley analizează cum a fost elaborată terapia este descrisă pe larg folosirea poveștilor, analogiilor și metaforelor. Haley, în activitatea sa, a ridicat nararea poveștilor la statutul de artă.

Practic, toți oamenii care au lucrat direct cu Erickson și care sînt considerați acum terapeuți eminenți de formație

ericksoniană au fost intrigați de folosirea poveștilor, considerîndu-le un instrument de mare impact în terapie. Stephen și Carol Lankton, Joseph Barber, Stephen Gilligan, Bernhard Trenkle și regretatul Kay Thompson sînt doar cîțiva dintre cei care au scris și au predat pe larg și în toată lumea, subliniind impactul pe care îl pot avea poveștile. Cărțile care includ lucrările prezentate la ultimele Conferințe Internaționale pe tema hipnozei și psihoterapiei ericksoniene oferă o mare varietate de perspective despre povești și despre folosirea metaforelor și anecdotelor (Zeig, 1985a, 1992; Zeig și Gilligan, 1990; Zeig și Lankton, 1988).

Aplicarea tehnicilor

Povestirea este unul dintre instrumentele cu cel mai mare impact în psihoterapie. Concentrarea necesară pentru a ne axa pe o povestire are valoare în sine. Are tendința să apară o transă indusă în mod natural. În transă este posibilă comunicarea cu inconștientul. Toate fenomenele transei au loc în moduri rapide și conversaționale.

Toți sîntem obișnuiți să învățăm din povești. Cînd se spune o poveste în sala de terapie, clientul se așteaptă să învețe ceva. Există o deschidere, o dorință implicită de a primi informații noi. Informațiile noi constituie principiul de bază al terapiei. Cînd un client folosește învățămintele unei povești pentru a face schimbări pe plan intern, responsabilitatea și plăcerea asociate cu efectuarea schimbării îi aparțin celui care a

ascultat povestea. Terapeutul nu a făcut decît să spună o poveste; clientul a folosit-o în modul cel mai productiv.

Poveștile permit acumularea înțelepciunii la niveluri multiple. Ascultătorul poate înțelege informații relevante pentru acel moment existențial. Ulterior, aceeași poveste poate fi amintită și devine utilă la un nivel mai profund, cînd ascultătorul este capabil sau dispus să audă și să înțeleagă mai multe.

De asemenea, poveștile ilustrează delimitările dintre comportamentele și opțiunile obișnuite și normale. Ele oferă asigurări și redefinesc o situație, ilustrînd totodată elementele comune ale experiențelor umane.

În plus, sînt amuzante. Povestea și sensul ei sînt ușor de ținut minte, fiindcă sînt asociate cu plăcerea. O poveste impresionantă oferă o conexiune profundă, ușor de memorat, care declanșează un răspuns emoțional.

O poveste terapeutică este construită ascultînd ceea ce se spune în sala de terapie. Această ascultare trebuie efectuată la un meta-nivel. Terapeutul, concentrîndu-se adesea într-o stare de transă naturală personală, aude ceea ce se spune, reține o fațetă, o porțiune a problemei, apoi creează o poveste pe acea temă, acel aspect fundamental al problemei. După ce aspectul respectiv al problemei a fost extins, modificat și poate fi perceput dintr-o perspectivă diferită, înțelegerea problemei în ansamblul ei se modifică. O mică modificare sau deviere poate genera, prin acumulare, modificări mult mai ample, iar problema devine diferită.

Exemple

Una dintre poveștile pe care le spun ilustrează multe dintre aceste elemente. Asemenea majorității poveștilor, și aceasta are detalii care pot fi adăugate sau șterse, pentru a modifica accentul. Cu mulți ani în urmă, familia mea locuia într-un orășel foarte mic unde, datorită ocupației soțului meu, eram cunoscută de multă lume. Aveam o pisică minunată, pe nume Capra. Capra venea cînd fluieram. Îl urma pe fiul meu pe traseul lui de livrat ziare. O răsfățam și o adoram. Într-o zi, Capra a murit tragic. Copleșiți de durere, am îngropat-o în curtea din spate, cu vecinii noștri, triști și ei, alături de noi.

După două zile, eram în singura băcănie din oraș și am văzut un pachet cu pește-delfin. Fusese peștele preferat al Caprei. De fiecare dată cînd îl găseam, îi cumpăram. Am ridicat peștele ambalat și am izbucnit în plîns.

Pe cînd stăteam acolo, copleșită de lacrimi și de amintiri, mi-am dat seama că în magazin se făcuse liniște. Privind în jur, am văzut că angajații și clienții se adunaseră și se uitau la mine, încercînd, evident, să-și dea seama de ce stau acolo, plîngînd zgomotos, strîngînd la piept o cutie de pește congelat.

M-am gîndit că o explicație, orice explicație, nu putea decît să înrăutățească lucrurile. Am pus așadar peștele înapoi în cutie, m-am șters la ochi și am continuat să fac cumpărături. Nimeni nu mi-a vorbit și nici nu s-a apropiat de mine în tot intervalul în care am stat în magazin.

Ascultătorii rezonează cu această poveste din mai multe motive. Chiar dacă cineva nu a avut sau nu a iubit niciodată un animal de companie, cu siguranță poate înțelege și accepta suferința simțită la moartea unui animal iubit. Sînt ilustrați

parametrii suferinței normale, precum și acceptarea unui val neașteptat de durere care declanșează un comportament surprinzător. La un nivel mai profund, spun clar că durerea trece și, deși ceva poate fi dureros, putem rememora episodul ulterior fără durere. Poate apărea o tranziție de la disconfortul sau vinovăția asociate cu durerea și tristețea care persistă, o schimbare care constă în a înțelege că durerea trece și recunoașterea faptului că exprimarea durerii nu este neapărat logică. Iar povestea în sine este împachetată într-un zîmbet.

Un alt exemplu a fost învățat de la o clientă. Explicația aceasta stîrnește interes și transmite totodată mesajul că învățăm cu toții unii de la alții. Clienta mea era o doamnă foarte drăguță care era atrasă de bărbați indisponibili. Fusese căsătorită cu un bărbat distant emoțional și toți bărbații de care fusese atrasă după divorț erau la rîndul lor indisponibili. Unul era deja căsătorit, unul plănuia să se mute în cealaltă parte a țării, unul era alcoolic, altul avea alte motive, clare și de netăgăduit, pentru care nu era disponibil. Ea dorea cu disperare să schimbe această situație. Știa, după cum îmi era clar, că acest comportament era legat de faptul că tatăl ei își abandonase familia cînd ea avea opt ani.

Nimic nu dădea rezultat. În cele din urmă, i-am cerut să scrie un eseu pe tema cuvîntului „indisponibil”. Era profesoară de liceu, preda engleza și am considerat că această sarcină de lucru ar putea-o ajuta.

Săptămîna următoare a revenit: „Acum știu ce înseamnă «indisponibil»”, mi-a declarat ea.

„M-am dus acasă”, a spus ea, „și am luat creioanele colorate ale fiicei mele. Am stat la masa din bucătărie și am desenat

imagini”. Într-o transă naturală, era clar că recrea experiența pe măsură ce vorbea, retrăind totodată o parte din viața emoțională de la vîrsta de opt ani. „Am desenat imagini, una după alta, dar nici una nu era bună. Boțeam fiecare foaie de hîrtie și o aruncam pe podea, apoi luam alta și iar desenam. În cele din urmă, am desenat ce înseamnă pentru mine «indisponibil».”

„M-am desenat pe mine la vîrsta de opt ani. Am o fustă scurtă și părul împletit în codițe. Stau în fața unui McDonald’s cu arcadele sale mari, galbene. Din gură îmi iese o bulă, ca în benzile desenate, cu cuvinte în el. Întreb: «Aveți spaghete?». Din gura M-ului de la McDonald’s iese altă bulă care spune: «Spaghetele sînt indisponibile aici»”.

„Brusc, am înțeles. Indiferent cît de mult le doresc, indiferent cît plătesc, indiferent cît de insistent le cer, indiferent cît sînt de bună, spaghetele sînt indisponibile la McDonald’s. Nu e nimic personal. McDonald’s nu procedează astfel ca să-mi facă rău. Pur și simplu nu se găsesc acolo. Nu sînt disponibile acolo. Nu există acolo.”

„Mi-am pus capul pe masă și am plîns, am plîns mult timp. Apoi am pus desenul pe frigider. Fiica mea a intrat și m-a întrebat despre ce e vorba. I-am spus că desenul voia să arate ce înseamnă «indisponibil» – spaghetele sînt indisponibile la McDonald’s. S-a uitat la mine de parcă eram nebună și mi-a spus: «Toată lumea știe asta. Dacă vrei ceva, nu te duci acolo unde nu au lucrul respectiv.»”

Acest exemplu oferă informații clare, inconfundabile, într-un mod care nu poate fi interpretat greșit. Relatarea poveștii, incluzînd faptul că această clientă a intrat într-o transă naturală în timp ce îmi vorbea despre experiența sa, este o

invitație adresată ascultătorului să intre și el în transă. Imaginea descrisă verbal a fetiței cu codițe care stă în fața arcadelor galbene de la McDonald's amplifică invitația, precum și imaginarea unei fetițe de opt ani care face desene cu creioane colorate, dorind să înțeleagă ceva anume. Această transă îi permite ascultătorului să realizeze că, indiferent cît de mult îți dorești ceva, indiferent ce faci, dacă este indisponibil, nu poți avea lucrul respectiv. În plus, indisponibilitatea nu are nici o legătură cu tine, este impersonală.

În transă, aceste informații pot fi percepute la nivel foarte profund. Experiența internă de a dori, de a rîvni și de a tînji după ceva poate fi modificată într-o experiență internă nouă, în acceptarea faptului că ceea ce îți dorești pur și simplu nu există. Învinovățirea sau asumarea responsabilității nu pot exista simultan cu această nouă învățare de ordin intern.

Elementele centrale ale dorinței ca altcineva să se schimbe și ale convingerii că, într-un fel, dacă acel cineva „ar putea" fi diferit, am putea obține ceea ce dorim sînt ilustrate în această poveste. Povestea însăși modelează învățarea. Ea transmite mesajul nu doar învăluit în transă, ci prezentat în universul unei fetițe de opt ani, care face desene colorate ca să înțeleagă ce se întîmplă în viața ei. Ascultătorul poate asculta, distanțat de durerea fetiței. Nu în cele din urmă, povestea este impresionant impregnată cu juxtapunerea dintre profesoara de liceu care trebuie să deseneze cu creioanele colorate ale fiicei ei pentru a înțelege și umorul faptului că fiica ei recunoaște imediat adevărul central.

Concluzie

Povestirea este recunoscută drept un instrument psihoterapeutic de mare impact, care îi oferă clientului abilitatea de a înțelege la multiple niveluri. Această înțelegere poate crea apoi noi experiențe interne care pot modifica percepțiile clientului, iar apoi îl pot ajuta să aleagă comportamente mai productive. Acel client începe să aibă opțiuni disponibile. Deoarece schimbările se bazează pe experiențele interne ale persoanei, responsabilitatea pentru sine face parte din ansamblul de diverse percepții și comportamente. Terapia conținută într-o poveste este concomitent directă și indirectă. Este o terapie veritabilă, cu o etapă în minus.

Deși se spun povești de cînd oamenii au stat prima oară în jurul focurilor și au discutat despre trecutul lor, despre viitor și despre visurile lor, Milton H. Erickson este recunoscut în general drept părintele poveștilor psihoterapeutice. Moștenirea sa este integrată în poveștile despre el și activitatea sa și în poveștile spuse de alți terapeuți, fie cei de orientare ericksoniană, fie cei care au elaborat alte cadre ce includ folosirea metaforelor și a poveștilor pentru a-i ajuta pe clienții lor.

De reținut

► Nararea poveștilor poate crea transe, pentru a facilita comunicarea cu inconștientul.

► Nararea poveștilor creează o nouă experiență internă pe care se bazează toate comportamentele.

► Nararea poveștilor poate oferi opțiuni și alternative pentru client.

► Nararea poveștilor este o modalitate directă de abordare indirectă a unei probleme.

► Nararea poveștilor promovează independența, deoarece clienții adaptează informațiile conform necesităților lor actuale.

Bibliografie

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1989). *The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy.* New York: Norton.

Haley, J. (ed.) (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. I, II şi III. New York: Triangle Press.

Haley, J. (ed.) (1986). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Rosen, S. (ed.) (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Zeig, J. (ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1985a). *Ericksonian psychotherapy,* vol. I şi II. New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1985b). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1992). *Ericksonian methods: The essence of the story*. New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J., Gilligan, S. (eds.) (1990). *Brief therapy: Myths, methods and metaphors.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J., Lankton, S. (eds.) (1988). *Developing Ericksonian therapy: State of the art.* New York: Brunner/Mazel.

Lecturi recomandate

Close, H. (1988). *Metaphor in psychotherapy: Clinical applications of stories and allegories.* San Luis Obispo, CA: Impact.

Erickson, M.H. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. I-IV (E.L. Rossi, ed.). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Gordon, D., Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: Therapeutic patterns of Milton H. Erickson.* Cupertino, CA: Meta Publications.

Haley, J. (ed.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune & Stratton.

Havens, R.A. (ed.) (1996). *The wisdom of Milton H. Erickson,* vol. I-II. New York: Irvington.

Lankton, S., Lankton, C. (1986). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lankton, S., Lankton, C. (1986). *Enchantment and intervention in family therapy training in Ericksonian approaches.* New York: Brunner/Mazel.

Rossi, E., Ryan, M. (eds.) (1985). *Life reframing in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Rossi, E., Ryan, M. (eds.) (1992). *Creative choice in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Rossi, E.L., Ryan, M.O., Sharp, F.A. (eds.) (1983). *Healing in hypnosis.* New York: Irvington.

Capitolul 9

Principiile psihobiologice ale psihoterapiei ericksoniene creative

Ernest L. Rossi

O trecere în revistă a istoriei de 200 de ani a hipnozei terapeutice dezvăluie un efort continuu de formulare a unei teorii și a unei practici adecvate a principiilor psihobiologice ale vindecării. Continuăm această tradiție prin organizarea cercetării actuale în vederea formulării unui model general al procesului creativ de comunicare și de vindecare minte-corp. Principala noastră ipoteză este aceea că putem dezlega multe dintre misterele și paradoxurile abordărilor psihoterapeutice ale lui Milton H. Erickson doar printr-o analiză aprofundată a mecanismelor lor psihobiologice fundamentale. În acest capitol, dinamica comunicării și a vindecării psihoterapeutice, de la nivelul cognitiv-comportamental la nivelul celular-genetic, este descrisă în patru etape: (1) bucla neuroendocrină dintre experiențele subiective ale minții și sistemul limbic-hipotalamic-pituitar; (2) rețeaua psihosomatică a moleculelor

mesager și a receptorilor lor; (3) cascada imediată, rapidă a proteinelor din gene; (4) memoria, învățarea și comportamentul dependente de stare. Cercetările recente din domeniul neuroștiinței și psihoneuroimunologiei sînt evidențiate pentru contribuția lor la înțelegerea modului în care psihoterapia și răspunsul placebo pot facilita vindecarea la nivel celular-genetic. O serie de principii sînt propuse drept ghid al teoriei, cercetării și practicii clinice a artei și științei abordărilor ericksoniene ale vindecării în noul mileniu.

Poziția lui Erickson: paradoxul activitate-pasivitate al hipnozei istorice

Starea relativ primitivă a înțelegerii psihofiziologiei în primul secol de cercetări în domeniul hipnozei a însemnat că efectele sale puteau fi conceptualizate doar ca un fel de reflex sau patologie. Bernheim (1889/1957), liderul școlii de terapeutică sugestivă de la Nancy, Franța, de exemplu, a descris hipnoza drept „exaltarea excitabilității reflexului ideomotor, care înfăptuiește transformarea inconștientă a gîndului în mișcare, fără știrea voinței. [...] Mecanismul sugestiei, în general, poate fi rezumat apoi prin următoarea formulare: amplificarea reflexului ideomotor, a ideosensibilității și a ideoexcitabilității". Ideea că hipnoza implica o *amplificare a „sensibilității" și a „excitabilității"* era absolut opusă concepției școlii Salpêtrière de la Paris, condusă de Charcot, care susținea, dimpotrivă, că hipnoza este o stare

patologică de *pasivitate* care progresează de la *letargie* și catalepsie la somnambulism. Acest paradox în înțelegerea fundamentală a specificului hipnozei – *este hipnoza o amplificare a activității sau a pasivității?* – a continuat și în cadrul următoarei generații de cercetători de seamă. De exemplu, fiziologul rus Ivan Pavlov credea că hipnoza este o stare de *inhibiție cerebrală*, un fel de „somn parțial", în timp ce teoreticianul american al învățării Clark Hull avea o concepție opusă, considerînd hipnoza o stare de *excitare* caracterizată prin *hipersugestibilitate*, în felul următor:

> Ni se pare evidentă concepția că *hipnoza nu înseamnă somn.* [...] Astfel, starea *letargică* extremă nu este hipnoză, ci somn adevărat: *doar etapa alertă este hipnotică.* În cele din urmă, au fost prezentate dovezi care indică nu doar că reflexele condiționate pot fi programate prin hipnoză, ci și că acest lucru poate fi realizat probabil cu mai mare ușurință decît în stare de veghe. Această idee contrazice probabil ipoteza lui Pavlov conform căreia hipnoza este o stare de *somn parțial*, în sensul unei iradieri parțiale a *inhibiției* (Hull, 1933/1968, p. 221).

Milton Erickson, care a fost studentul lui Clark Hull, a elaborat noi metode de hipnoterapie care puteau utiliza fie tendințele *pasive*, relaxate și asemănătoare somnului ale pacienților („Nici măcar nu trebuie să-mi asculți vocea"; Erickson, Rossi și Rossi, 1976) sau comportamentul lor mai *activ*, compulsiv și chiar de „exteriorizare", cum ar fi mersul agitat prin biroul terapeutului (Erickson, 1958/1980). Abordarea hipnoterapeutică aleasă de Erickson în fiecare caz

particular depindea întotdeauna de dispoziția, atitudinile și comportamentul de moment ale pacientului din timpul ședinței de terapie. Utilizarea de către Erickson atît a componentelor active, cît și a celor pasive ale comportamentului în curs de desfășurare al pacientului este cea mai recentă dovadă a ceea ce putem numi „paradoxul activitate-pasivitate al hipnozei". Erickson a descris multe dintre abordările sale aparent paradoxale ale hipnoterapiei care foloseau întreaga capacitate a comportamentului în curs de desfășurare al pacientului drept abordare „naturalistă" sau centrată pe „utilizare" (Erickson, 1959/1980).

Poziția terapeuților ericksonieni: rezolvarea paradoxului

Primul efort modern de a integra conceptul ericksonian despre utilizarea activității și a pasivității în hipnoză în psihofiziologia vindecării a fost întreprins de unul dintre primii săi studenți și colegi, Bernard Gorton. Principala temă a celor două articole ale lui Gorton cu titlul „*The Physiology of Hypnosis*" (1957, 1958) a fost modul în care sistemul nervos autonom, SNA, cu cele două ramuri ale sale, sistemul simpatic (excitarea) și sistemul parasimpatic (relaxarea), poate fi calea principală prin care sugestia terapeutică își realizează efectele psihofiziologice. Aceste două articole de analiză documentează modul în care hipnoza ar putea fi folosită pentru a optimiza performanța maximă asociată cu o excitare

a ramurii simpatice a sistemului autonom, precum și relaxarea asociată cu ramura parasimpatică. Astfel, studiul lui Gorton a constituit o provocare pentru concepția pe atunci dominantă, dar eronată a behaviorismului, conform căreia hipnoza nu era nimic altceva decît relaxare. Studiile mai recente susțin concepția esențială că există „o corelare pozitivă între sugestibilitatea la hipnoză și nivelul reacției autonome în timpul hipnozei” (DeBenedittis, Cigada și Gosi-Greguss, 1994, p. 140) și că specificul „reacției fiziologice [excitare sau relaxare] depinde de tipul de sugestie de pe parcursul hipnozei [...]” (Sturgis și Coe, 1990, p. 205).

S-a propus ca această concepție a modului în care hipnoza, împreună cu o diversitate de alte procese psihosociale, ar putea modula ramura activatoare, simpatică, precum și ramura pasivă, parasimpatică a sistemului nervos autonom ar putea constitui răspunsul la o dezbatere de secole cu privire la specificul fundamental al hipnozei (Rossi, 1986/1993, 1996). Tipic multor dezbateri științifice complexe, ambele tabere susțin părți ale unui adevăr mai amplu. S-a emis ipoteza că „hipnoza de stare superioară” ar putea fi utilizată pentru a facilita performanța în universul exterior (de exemplu, sugestii hipnoterapeutice pentru îmbunătățirea performanțelor de lucru și a celor sportive), prin activarea ramurii simpatice a sistemului nervos autonom, iar „hipnoza de stare inferioară” ar putea fi folosită pentru a facilita diminuarea stresului și vindecarea, prin activarea ramurii parasimpatice a sistemului nervos autonom (Rossi, 1996). Totuși, chiar și în prezent, implicațiile acestei capacități psihobiologice elementare a sugestiei hipnotice de a influența atît ramura activă, cît și pe cea pasivă a sistemului nervos

autonom nu sînt bine înțelese de cercetători, care raportează specificul „paradoxal” al rezultatelor lor. În unul dintre mult prea rarele eforturi de a măsura variabilele moleculare pe parcursul hipnozei terapeutice, de exemplu, Weinstein și Au (1991) au raportat că nivelurile de norepinefrină erau semnificativ mai mari la grupul de pacienți hipnotizați care făcuseră angioplastie, față de cei din grupul de control. Ei au declarat că acest fapt era „neașteptat și părea *paradoxal* (p. 29). [...] Ar fi de așteptat ca, dacă hipnoza generează într-adevăr relaxare, pacienții hipnotizați să aibă un nivel arterial de catecolamine mai scăzut decît grupul de control. Nu a fost așa. S-a întîmplat exact opusul, ceea ce este dificil de explicat” (p. 35). Dar acest așa-numit paradox este dificil de explicat doar dacă cineva presupune, asemenea acestor autori, că hipnoza este în mod esențial o stare de relaxare. Dimpotrivă, noi propunem că hipnoza este ceva mult mai amplu decît o stare de relaxare. Paradoxul activitate-pasivitate al hipnozei poate fi soluționat prin recunoașterea faptului că fundamentul psihobiologic al activității creative, în general, și al activității hipnoterapeutice ericksoniene, în particular, poate utiliza atît etapele active, cît și pe cele pasive ale ritmurilor naturale ale sistemului autonom și ale sistemelor asociate, la toate nivelurile, de la cel cognitiv-comportamental la nivelul celular-genetic (Rossi, 1996).

Modelul psihobiologic al vindecării: domeniul hipnoterapiei

Selye (1976) a introdus o concepție dinamică a rolului sistemelor autonom, endocrin și imunitar în reacția la traumă, stres emoțional și alte provocări ale adaptării care este în acord cu un nou model al domeniului psihobiologic al activității creative și hipnoterapeutice (Rossi, 1996). Modelul psihobiologic al sugestiei terapeutice se aliniază unei generații de studii în domeniul hipnozei experimentale care au stabilit cu certitudine, contrar convingerii populare, că în hipnoză nu există nici o transcendere a capacităților normale (Wagstaff, 1986). Studiile recente admit însă că nu au nici o teorie adecvată care să explice sursa și parametrii performanței hipnotice. De exemplu, un cercetător important a rezumat situația actuală astfel: „Cînd este evaluată în mod normal sugestibilitatea [la hipnoză], un scor mai mare se obține atunci cînd este generat comportamentul, însă motivul producerii acestuia rămîne necunoscut. [...] S-a emis adesea ipoteza că procesele cognitive sînt implicate în producerea efectelor «hipnotice». Totuși, specificul exact al acestor procese a rămas în general nelămurit” (Naish, 1986, pp. 165-166). Modelul psihobiologic al activității hipnoterapeutice propune că ceea ce pare a fi o extindere a parametrilor normali ai aptitudinilor de performanță a minții și a trupului prin hipnoză constituie de fapt optimizarea ansamblului normal de abilități ale individului ca reacție la procesul general de adaptare la provocare și la stres.

Limitările teoriilor tradiționale ale sugestiei terapeutice au fost analizate de o serie de cercetători foarte respectați, care au subliniat că, orice ar fi hipnoza, domeniul său nu poate fi limitat la nivelul comportamental sau psihosocial (Kirsch și Lynn, 1995). Modelul psihobiologic mai general al hipnoterapiei propus aici extinde domeniul sugestiei dincolo de nivelul cognitiv-comportamental, pentru a include toate sistemele de comunicare și de vindecare de la nivelul minții și al trupului și de la nivel molecular, care reacționează la stimuli psihosociali. S-a propus că dinamica hormonală sau a receptorului moleculelor mesager din sistemele neuroendocrin, neuropeptidic, autonom și imunitar mediază stresul, emoțiile, memoria, învățarea, personalitatea, comportamentul și simptomele într-o „rețea psihosomatică" (Pert, Ruff, Spencer și Rossi, 1989; Pert, Ruff, Weber și Herkenham, 1985). Ajungem astfel la primul nostru principiu fundamental referitor la domeniul psihobiologic al vindecării, al activității creative și al psihoterapiei ericksoniene:

> *Principiul I: Domeniul psihobiologic al activității creative, în general, și al hipnoterapiei ericksoniene, în particular, constă în întreaga buclă cibernetică de transducție a informației dintre mediul psihosocial, sistemul nervos central și rețeaua psihosomatică a sistemelor autonom, neuroendocrin și imunitar la nivelul organelor, țesuturilor și celular-genetic-molecular.*

Să analizăm ce anume se știe în prezent despre mecanismele psihobiologice ale activității creative și ale hipnozei la fiecare nivel și tipurile de cercetare necesare în

prezent pentru progresul ulterior în cadrul unei abordări a medicinei minții-corpului.

Nivelul 1: Sistemul nervos central și mintea-corp

Experiența disocierii, a caracterului automat sau involuntar, atît de specifică experienței hipnotice, a fost reformulată sub forma teoriei controlului disociat (Woody și Farvolden, 1998). Această teorie evidențiază contrastul dintre memoria explicită și sentimentul controlului conștient asupra cogniției și comportamentului *și* memoria implicită și sentimentul automatismului sau al caracterului involuntar al cogniției și comportamentului. Se consideră că procesele active ale hipnozei de stare superioară activează controalele conștiente explicite sau voluntare (asociate cu cortexul prefrontal), în timp ce procesele pasive ale hipnozei de stare inferioară activează sistemele memoriei implicite (asociate cu ganglionii bazali și cu subsistemele conexe) ale experienței involuntare sau automate (Rossi, 1996). În prezent, se crede (Spiegel, 1998) că subiecții foarte susceptibili la hipnoză sînt capabili să activeze sistemele memoriei mai automate, inconștiente sau implicite, asociate mai strîns cu subcortexul, ilustrate drept sistemul generalizat limbic-hipotalamic-pituitar la primul nivel, amigdala și hipocampusul, asociate cu emoțiile, memoria și învățarea.

Papez (1937) a identificat inițial căile anatomice prin care o experiență emoțională a creierului era convertită în reacțiile fiziologice ale corpului, printr-un circuit de structuri cerebrale recunoscute acum în general drept sistemul limbic-hipotalamic-pituitar. Soții Scharrer (1940) au documentat modul în care celulele secretoare din hipotalamus puteau

media transducția informației moleculare dintre creier și corp. Celulele din hipotalamus transduc impulsurile electrochimice ale neuronilor din cortexul cerebral care codifică experiența fenomenologică a „minții” și emoțiile în moleculele hormonale sau „molecule mesager primare” ale sistemului endocrin. Acestea sînt apoi transmise în corp prin intermediul fluxului sangvin, creîndu-se o buclă cibernetică de transducție a informațiilor numită sistemul neuroendocrin.

Bucla cibernetică adaptativă și complexă a comunicării specifică sistemului neuroendocrin și celui neuropeptidic modulează acțiunea neuronilor și a celulelor la toate nivelurile, de la căile fundamentale aferente ale senzației și percepției din neuronii cerebrali la dinamica intracelulară a transcrierii și translației genelor din întreg corpul. Acest fapt generează ipoteza neuropeptidică a hipnoterapiei și a catharsisului emoțional (Rossi, 1990), care pune în legătură dinamica fundamentală a hipnoterapiei de stare superioară și inferioară cu o sursă majoră a comunicării minte-corp și a reglajelor de la nivelul limbic-hipotalamic-pituitar.

> *Principiul II: Etapele superioară (excitare) și inferioară (relaxare) ale hipnoterapiei sînt mediate de transducția experienței psihosociale într-o cascadă neuropeptidică, începînd cu hormonul de eliberare a corticotropinei (CRH) și proopiomelanocortinei (POMC), generînd eliberarea corticotropinei (ACTH) și beta-endorfinei, care coordonează procesele cronobiologice ale comunicării minte-corp și ale vindecării la toate nivelurile, de la cel cognitiv-comportamental la cel celular-genetic.*

Baza de date experimentală pentru ipoteza neuropeptidică a hipnoterapiei și catharsisului provine de la cercetări în domeniul psihoendocrinologiei (Brush și Levine, 1989; De Wied, 1990), cronobiologiei (Lloyd și Rossi, 1992) și hipnozei (Rossi, 1986/1993, 1990, 1996). Consensul actual din domeniul neuroștiinței este că factorul de eliberare a corticotropinei este coordonatorul psihobiologic de la nivel molecular al reacției generalizate de excitare/stres. Dacă neuronii care generează CRH se găsesc în tot creierul, cea mai mare concentrare a lor este la nivelul nucleului paraventricular al hipotalamusului, unde receptează informații de la prozencefal și de la sistemul limbic, care codifică stresul de la nivelul cognitiv-comportamental, care integrează la rîndul lui informații nociceptive provenite din cortexul somatosenzorial și din surse asociate (Rainville, Duncan, Price *et al.*, 1997). CRH este secretat prin capilarele fenestrate ale sistemului port al plexului capilar hipofizar, semnalînd glandei pituitare anterioare să inducă POMC, divizată între aproximativ douăsprezece molecule mesager, printre care ACTH și beta-endorfina, care au efecte variate asupra psihobiologiei excitării, memoriei, învățării și relaxării (Brush și Levine, 1989). Se știe în prezent că ACTH și beta-endorfina modulează o varietate de ritmuri minte-corp la nivelul organelor, al țesuturilor și la nivel celular. Unul dintre cele mai importante astfel de ritmuri minte-corp este ciclul fundamental odihnă-acțiune de 90-120 de minute (BRAC) asociat cu somnul cu mișcări oculare rapide (somnul REM) și cu periodicitatea majorității sistemelor hormonale de reglementare minte-corp (Lloyd și Rossi, 1992). Dovezile disponibile indică faptul că acest ciclu ultradian tipic, dar rapid adaptabil de 90-120 de minute, al excitării, activității

și performanței psihobiologice este inițiat de etapa ACTH-cortizol a BRAC, apoi se încheie în mod natural, prin acțiunea fazei beta-endorfinei a BRAC, care inițiază o cascadă de semnale la nivel celular-genetic-proteinic pentru a facilita o „reacție ultradiană de vindecare” (Rossi și Nimmons, 1991). Iranmanesh, Lizzaralde, Johnson, Veldhuis (1989a, p. 1019), de exemplu, afirmă: „s-a dedus că cortizolul are un avans de 20-30 de minute față de beta-endorfină. Concluzia noastră este că beta-endorfina este secretată fiziologic într-o manieră pulsatilă, cu ritmicitate circadiană și ultradiană și într-o asociere temporală strînsă cu cortizolul”. Deoarece cortizolul este calea comună finală a cascadei informaționale CRH-POMC-ACTH-cortizol, acest studiu este în acord cu ipoteza neuropeptidelor, care postulează că hipnoza de stare superioară este asociată cu activitatea cortizolului, iar hipnoza de stare inferioară este asociată cu activitatea beta-endorfinei. Este nevoie acum de studii care să monitorizeze încontinuu secreția de ACTH, cortizol, beta-endorfină și molecule mesager asociate cu acestea în timpul activităților creative, al hipnoterapiei și al abordărilor cathartice ale psihoterapiei descrise anterior (Rossi, 1990; Rossi și Cheek, 1988). Astfel se realizează integrarea cercetării în cronobiologia adaptării, stresului și hipnoterapiei.

> *Principiul III: Stresul psihobiologic generat de interferența cronică cu ritmurile cvasiperiodice circadian și ultradian, prin activitate traumatică și/sau excesivă, constituie o etiologie majoră a problemelor de la nivelul minte-corp, care poate fi ameliorată prin hipnoterapie ericksoniană.*

Studii reproduse cu succes vizînd dinamica psihobiologică normală a sistemelor majore de reglare și vindecare minte-corp evoluează în prezent din studiile vizînd parametrii temporali pe mai multe niveluri, variind de la biologia moleculară a ciclului celular la nivelul neuroendocrinologic și comportamental (Lloyd și Rossi, 1992, 1993). Se pare că multe dintre procesele puternic adaptative ale reglementării minte-corp care manifestă o periodicitate circadiană/ultradiană naturală cvasiperiodică pot fi modificabile prin hipnoză (Rossi, 1982, 1986/1993). „Cvasiperiodic" este un termen din teoria modernă a haosului, care înseamnă că aceste ritmuri naturale nu au o periodicitate strict regulată, ca un ceas care funcționează perfect, ci sînt mai degrabă ritmuri adaptabile, care se modifică în mod continuu, în procesul adaptării creative la un mediu extern aflat în schimbare (Lloyd și Rossi, 1992; Rossi, 1996). Acest fapt implică următorul principiu al hipnoterapiei ericksoniene.

> *Principiul IV: Ceea ce a fost numit în mod tradițional „sugestie hipnoterapeutică" poate fi, din perspectivă cronobiologică, accesarea și utilizarea în sens ericksonian a periodicității naturale a proceselor ultraradiene și circadiene la toate nivelurile care reacționează la stimuli psihosociali, de la cel cognitiv-comportamental la cel molecular.*

În acest cadru, multe dintre fenomenele clasice de hipnoză pot fi conceptualizate drept manifestări extreme și/sau perseverări ale proceselor psihobiologice dependente de timp care reacționează la stimuli psihosociali. Cu alte cuvinte, ceea

ce hipnoterapeutul numește „sugestie terapeutică” este ceea ce cronobiologul numește „antrenarea proceselor biologice prin stimuli psihosociali”. O serie de cercetători din ultimul deceniu au susținut că au efectuat studii care atestă importanța parametrilor cronobiologici în cadrul unui model general psihobiologic al hipnoterapiei. Primii care i-au evaluat au fost Aldrich și Bernstein (1987), care au descoperit atunci că „momentul zilei” era un factor cu semnificație statistică în sugestibilitatea la hipnoză. Ei au raportat o distribuție bimodală a scorurilor pe Scala Harvard pentru grupuri a sugestibilității la hipnoză, înregistrînd la subiecți studenți un maxim evident la ora 12.00, și un platou secundar mai amplu în jurul orelor 17.00-18.00. Studiile ulterioare au relevat un important ritm circadian, cu vîrful situat între orele 12.00 și 13.00 în autohipnoză, precum și o periodicitate ultradiană de aproximativ 90-180 de minute de-a lungul zilei, care pare să coincidă aproximativ cu ciclul BRAC de 90-120 de minute postulat de Kleitman (Kleitman, 1969; Kleitman și Rossi, 1992). BRAC are un nivel maxim de performanță de aproximativ 20 de minute, asociat cu o creștere a nivelului de cortizol, utilizabil în hipnoza de stare superioară, care alternează cu o perioadă de 20 de minute de odihnă sau de vindecare ultradiană, asociată cu o creștere a nivelului de beta-endorfină, cînd majoritatea oamenilor simt nevoia să ia o pauză, care poate fi utilizată în hipnoza de stare inferioară (Rossi și Nimmons, 1991; Rossi, 1996). Este interesant și probabil nu e o coincidență faptul că majoritatea studiilor care evaluează valoarea terapeutică a meditației și a multor alte forme de medicină alternativă, cum ar fi acupunctura, biofeedbackul, imaginile, muzica și terapia prin atingere

folosesc la rîndul lor un interval terapeutic de 20 de minute. Această perioadă terapeutică de bază poate fi condensată sau extinsă, în funcție de exigențe practice, dar rareori depășește durata ciclului BRAC tipic al lui Kleitman de 90-120 de minute. S-a descoperită că parametri cronobiologici asemănători sînt asociați cu hipnoza (Brown, 1991a, 1991b; Lippincott, 1992; Osowiec, 1992; Sommer, 1993; Wallace, 1993) și imaginile (Wallace și Kokoszka, 1995). Două studii au remarcat că un model cronobiologic strict periodic (Mann și Sanders, 1995; Saito și Kano, 1992) *nu* este în acord cu datele; aceste două studii sînt în acord însă cu modelul cvasiperiodic (Rossi, 1996).

Nivelul 2: Stresul, genele de răspuns imediat, psihoneuroimunologia

Studiile vizînd modularea sistemului imunitar prin hipnoză implică faptul că hipnoza poate modula procesul comunicării de la nivelul minții-corpului la nivelul 2. Primele studii efectuate de Black (1963) și de alții demonstrează că subiecții foarte susceptibili la hipnoză pot suprima reacția Mantoux. Smith și McDaniel (1983) au reprodus rezultatele lui Black, folosind o paradigmă cognitiv-comportamentală, pentru a demonstra mai degrabă rolul așteptărilor cognitive decît al hipnozei în sine. Un studiu mai recent raportat de Brewerton (1992) folosea sugestia hipnotică pentru a suprima dilatarea locală a vaselor de sînge survenită după testul Mantoux. La locul respectiv nu au ajuns fluide și nu s-a înregistrat inflamarea locală a țesuturilor, tipică reacțiilor alergice. Biopsiile efectuate pe mostre de piele au arătat însă că la locul unde fusese făcută injecția ajunsese numărul obișnuit de

celule ale sistemului imunitar. Hipnoza suprimase acea componentă a reacției inflamatoare Mantoux prin constricția vaselor de sînge, dar nu a existat o dovadă clară a faptului că sistemul imunitar în sine a fost modulat. O lungă serie de observații clinice arată că modularea fluxului sangvin este un mecanism psihobiologic esențial al hipnozei (Barber, 1984; Rossi, 1986/1993). Această concepție este complet în acord cu ipoteza neuropeptidelor avansată de noi privind efectele hipnozei de stare superioară și inferioară asupra ramurilor simpatică și parasimpatică ale sistemului nervos autonom care pot modula fluxul sangvin de la nivelul creierului și al corpului.

Copii cu vîrsta cuprinsă între 6 și 10 ani, raportează Olness, Culbert și Uden (1989), au putut folosi autohipnoza în mod voluntar pentru a modula fluxul sangvin și imunoglobulina A salivară (IgA) după ce au vizionat un film de 15 minute, *Microscopul magic al făuritorului de jucării*, care ilustra unele aspecte esențiale ale sistemului imunitar. Deoarece copiii au ascultat totodată o casetă audio pentru relaxare generală în timp ce temperatura lor periferică era monitorizată pe parcursul perioadei de sugestie, putem deduce că modularea IgA salivare a fost asociată cu hipnoza de stare inferioară. În conformitate cu aceste descoperiri, Turner, Dewerth și Fine (1993) au găsit dovezi ale modulării sistemului imunitar prin hipnoza de stare inferioară folosind o formă de terapie prin diminuarea stimulării cauzate de mediu pentru a genera o amplificare a secreției de IgA salivară. Un studiu efectuat de Ruzyla-Smith, Barabasz și Warner (1995) a folosit în schimb hipnoza mai activă de stare superioară, cu instrucțiunea: „Imaginați-vă că leucocitele voastre atacă și distrug microbii

din corpul vostru”. Acest tip de hipnoză a contribuit la amplificarea activității sistemului imunitar, după cum a atestat reacția activată a limfocitelor B și a limfocitelor T ajutătoare față de mitogene. Activitatea celulelor supresoare din sistemul imunitar nu a fost modulată de acest tip de sugestie. Totuși, toate studiile de acest tip nu permit decît concluzii foarte limitate în legătură cu mecanismele celular-genetice ale sistemului imunitar și hipnoză.

O demonstrație mai sugestivă a modului în care stresul psihosocial poate modula mecanismele activității genelor în cadrul sistemului imunitar este constituită de o serie de studii redactate de Ronald Glaser și colegii săi (Glaser, Kennedy, Lafuse *et al.*, 1990). Studiile lor urmăresc efectele stresului psihologic (resimțit de studenții la medicină în timpul examenelor) prin inhibarea transcrierii genei receptoare interleukină-2 și a producției de interleukină-2 ARN mesager. Deoarece interleukina-2 este o moleculă mesager a sistemului imunitar, inhibarea sa prin stresul fiziologic este prima demonstrație a modului în care funcționarea optimă a sistemului imunitar poate fi afectată de stimuli psihosociali la nivel celular-genetic. Această trăsătură fundamentală molecular-genetică a efectului stresului emoțional în psihoimunologie este mediată de genele de răspuns imediat. Dovezi suplimentare ale faptului că funcționarea sistemului imunitar poate fi afectată la nivel celular-genetic au fost aduse cînd Glaser și colegii săi (1993) au descoperit că stresul solicitărilor academice resimțit de studenții la medicină a condus la inhibarea celor două gene de răspuns imediat (numite și proto-oncogene) *c-myc* și *c-myb* din leucocitele periferice. Gena de răspuns imediat *c-myc* face parte dintr-o

buclă informațională de la nivel celular care activează genele de stimulare a creșterii asociate cu cancerul la sîn, precum și cu cancerele de stomac și de plămîni și cu leucemia. Echipa lui Glaser a mai descoperit și o diminuare semnificativă a nivelului de molecule ARN mesager care contribuie la formarea proteinelor pentru receptorul de glucocorticoizi și a interferonului gamma la studenții la medicină stresați. Aceste descoperiri i-au determinat pe cercetători să afirme: „Scăderea conținutului de gene *c-myc* și *c-myb* din molecule ARN mesager, a receptorului glucocorticoid și a interferonului gamma în leucocitele din sîngele periferic obținut de la subiecți în timpul examinării corespunde cu datele din studiile anterioare care au folosit aceleași modele și au demonstrat o inhibare a activării și a proliferării limfocitelor T ca reacție la mitogene” (Glaser, Lafuse, Bonneau *et al.*, 1993, p. 525). Frontiera actuală în cercetarea în domeniul psihoneuroimunologiei este documentarea reacției inverse. Oare ar putea fi utilizată hipnoterapia acum pentru a optimiza sistemul imunitar prin diminuarea stresului emoțional, facilitînd astfel exprimarea genei receptor de interleukină-2, a interleukinei-2 și a altor proteine implicate în bucla mintegene a comunicării și vindecării minții-corpului? Aceasta ar fi prima demonstrație a faptului că hipnoterapia poate modula exprimarea genelor.

Nivelul 3: Proteine, timp, traumă și vindecare

Timpul necesar fabricării de noi proteine ca reacție la stres și traumă oferă o perspectivă importantă asupra nivelului 3 în ce privește dinamica informațională a medicinei alternative în general, precum și din hipnoterapie. Cercetările lui Todorov

(1990) cu privire la modul în care celulele își mențin stabilitatea ca reacție la solicitările mediului dezvăluie trei „module” majore sau etape ale transcrierii și translației genelor ca reacție la trauma fizică și la stres. Genele de răspuns imediat sînt activate primele, inițiind formarea proteinelor M (metabolice) *în interval de o oră*, pentru a produce proteinele necesare dinamicii energiei. Apoi sînt activate proteinele R (ribozomale), pentru a facilita amplificarea proceselor de vindecare prin translația moleculelor ARN mesager, *în interval de cîteva ore.* În etapa a treia se produc proteinele N (nucleare), cum ar fi ADN-polimerazele și histonele necesare unei vindecări mai profunde, printr-un proces mai lent, care necesită *12 pînă la 24 de ore sau mai mult*.

O nouă frontieră a cercetării în psihobiologia activității creative și a hipnozei este să se demonstreze cum anume se identifică aceste etape ale stresului fizic la nivel genetic-proteinic și ca reacție la trauma psihologică severă și la stresul psihologic. Aceste reacții în timp la traumă și la stres sînt doar un exemplu al parametrilor cvasiperiodici, caracteristici unui ciclu complet de vindecare a minții-corpului. S-a emis ipoteza că aceste ritmuri cvasiperiodice sînt caracteristice parametrilor temporali ai transducției informațiilor la toate nivelurile comunicării și vindecării psihobiologice care pot fi facilitate de hipnoterapie (Rossi, 1986/1993; Rossi și Nimmons, 1986). Ewin (1991), chirurg și specialist în urgențe cu pacienți arși, a documentat, de exemplu, modul în care sugestiile hipnoterapeutice de răcorire efectuate în primele două ore după o arsură severă pot reduce inflamația și pot facilita vindecarea într-un mod mult mai eficient decît dacă sînt efec-

tuate după două ore. Este același interval temporal ca în cazul producției „proteinelor de stres”, a căror supraproducție poate complica procesul de vindecare la acești pacienți (Pardue, Feramisco și Lindquist, 1989). Este nevoie de studii care să stabilească dacă hipnoza realizează acest efect terapeutic prin diminuarea expresiei proteinelor de stres în primele două ore după survenirea unei arsuri.

Nivelul 4: Memoria, învățarea și comportamentul dependente de stare MICDS

La nivelul 4, moleculele mesager care își au originea în procesarea proteinelor mai mari, a „proteinelor-mamă”, cum ar fi POMC, despre care am discutat anterior, pot fi stocate în celule, ca un fel de memorie moleculară. Moleculele mesager din celulele periferice ale corpului, cum ar fi epinefrina și norepinefrina din glandele suprarenale, pot fi apoi secretate în fluxul sangvin, unde pot întregi bucla cibernetică complexă a transducției informațiilor către rețelele neuronale cerebrale. Conform concepției actuale, astfel de rețele neuronale localizate din creier sînt modulate de sisteme de semnalizare din sinapse și pînă la nucleul neuronului (Routtenberg și Meberg, 1998), precum și de un cîmp complex de substanțe informaționale care pot ajunge la sistemul limbic-hipotalamic-pituitar și în anumite zone ale cortexului cerebral. Fluidul extracelular al creierului constituie aproximativ 20% din volumul creierului. A fost formulată teoria conform căreia substanțele informaționale pot difuza și 15 mm în fluidul extracelular, în orice zonă din creier.

Există un amplu spațiu intercelular pentru interacțiunea dinamică a multor tipuri de substanțe informaționale care difuzează din punctele de secreție din întreg corpul, ajungînd la receptorii din rețelele neuronale ale cortexului cerebral și la alte zone din creier care codifică experiențele fenomenologice ale minții și ale comportamentului. În cazul cel mai simplu, o rețea neuronală de 15 mm^2 care conține minimum 10.000 de neuroni a putut fi activată sau dezactivată prin intermediul prezenței sau absenței unor substanțe informaționale specifice care modulează fenomenologia minții în timp psihologic. Cu alte cuvinte, activitatea rețelelor neuronale și experiența psihologică pe care o codifică ar fi aspecte ale minții și ale comportamentului „dependente de stare" (numite și „specifice stării" MICDS); o experiență a minții, cum ar fi un gînd sau o emoție, este dependentă de prezența sau absența unui complex specific de substanțe informaționale. Există probabil sute de substanțe informaționale care se reunesc cu familiile de receptori corespunzători lor din neuronii cerebrali. Prin urmare, rețelele neuronale dependente de stare sînt sisteme dinamice aflate mereu în schimbare, așa cum e necesar să fie pentru a funcționa ca fundament psihofiziologic al fenomenologiei minții, a emoțiilor și a comportamentului.

Studiile recente arată că cele mai multe tipuri de învățare (pavloviană, skinneriană, imprinting, sensibilizarea etc.) implică molecule mesager sau substanțe informaționale care au un rol în construirea și reconstruirea memoriei (Izquierdo, Netto, Dalmaz *et al.*, 1988). În măsura în care aceste tipuri clasice de învățare folosesc substanțe informaționale, ele au *implicit* o componentă dependentă de stare (McGaugh, 1989).

Foarte semnificativ este faptul că, atunci cînd subiecții primesc sarcini de lucru de memorare și/sau învățare în timp ce se află sub influența hormonilor de stres, cum ar fi ACTH sau epinefrina (precum și substanțe psihoactive care mimează molecule mesager hormonale), survine un grad variabil de amnezie atunci cînd hormonul sau substanța de stres sînt eliminate din sistem prin metabolizare. Cu alte cuvinte, atunci cînd memoria este codificată în condiții de excitare, șoc, surpriză, stres sau traumă, are tendința de a deveni dependentă de stare ori condiționată de stare în cadrul acelei condiții psihobiologice. Această memorie dependentă de stare (sau specifică stării) devine disociată sau „pierdută" după ce persoana respectivă pare să-și revină, cînd hormonii sau substanțele provocate de stres sînt eliminate din sistem prin metabolizare. Reactivarea stresului în alt context are însă tendința de a restabili starea inițială de codificare a stresului psihobiologic și a cogniților, emoțiilor și comportamentelor asociate acesteia, în diverse grade de memorare. Este important să sesizăm modul în care MICDS completează bucla de convertire a informației din cadrul comunicării minte-corp, astfel încît rețeaua psihosomatică antrenată de hipnoterapie devine o cale cu sens dublu.

> *Principiul V: Căile dependente de stare ale comunicării și vindecării minții-corpului codificate de sistemele de receptori de molecule mesager ale sistemului nervos central, ale sistemului autonom și ale rețelei psihosomatice sînt căi cu sens dublu. La fel cum sistemul de receptori de molecule mesager poate modela experiența cognitiv-emoțională, accesarea și concentrarea experienței cognitiv-*

emoționale prin intermediul activității creative hipnoterapeutice ericksoniene modelează sistemul moleculelor mesager pentru a facilita vindecarea.

Aceasta este o ipoteză privind mecanismul prin care moleculele din corp pot modela experiența mentală și modul în care experiența mentală poate modula moleculele corpului (Rossi, 1986/1993, 1996). La nivelul cel mai reductiv, poate fi înțeleasă ca o simplă extindere a reversibilității proceselor celor mai stocastice ale vieții la nivel molecular. De aceea evidențiem concepția conform căreia MICDS constituie o denumire comună care face legătura între minte și corp: așa-numita dihotomie carteziană a minții și corpului. Cel mai interesant aspect legat de cercetările din acest domeniu este faptul că ne permite să studiem parametrii „amneziei reversibile", care sînt criterii importante în înțelegerea fenomenologiei psihanalizei și hipnozei terapeutice (Rossi, 1996). La fel cum majoritatea experimentelor avînd drept subiecte memoria și învățarea dependente de stare demonstrează că această „amnezie reversibilă" este doar parțială (cu alte cuvinte, de obicei e disponibilă o oarecare doză de memorie/învățare chiar și în starea disociată, după ce hormonii de stres revin la niveluri normale), cea mai mare parte a literaturii de specialitate pe tema hipnozei atestă că amnezia hipnotică este de obicei fragilă și are caracter parțial. Încă de la începuturile psihanalizei s-a observat că o sperietură, un șoc, o traumă sau un episod de stres brusc pot evoca „stări hipnoidale" asociate întru cîtva cu amnezia și cu comportamentul disociat și nevrotic. O amnezie completă care să fie în întregime reversibilă este însă relativ rară în

experimentele vizînd memoria/învățarea dependente de stare sau în psihanaliză și hipnoza terapeutică. În studiile publicate de-a lungul timpului pe tema hipnozei și a psihanalizei, același specific fragil și fragmentar al amneziei reversibile se poate să fi fost responsabil pentru multe paradoxuri ale memoriei.

Aceste relații dintre rețeaua psihosomatică de sisteme de receptori ai moleculelor mesager, stres și probleme ale minții-corpului codificate în MICDS sugerează o nouă frontieră a cercetării pentru investigațiile psihobiologice ale conceptelor psihanalitice clasice, cum ar fi reprimarea, disocierea și complexele emoționale, precum și ale hipnoterapiei. O nouă paradigmă pentru astfel de cercetări a fost oferită recent de Cahill, Prins, Weber și McGaugh (1994), care au comparat efectele antagonistului receptorului β-adrenergic, clorhidrat de propranolol, asupra memoriei pe termen lung, în cazul a două scurte povești, una incitantă, emoțională, iar cealaltă neutră din punct de vedere emoțional. Rezultatele lor au susținut ipoteza că memoria amplificată asociată cu experiențele emoționale implică activarea moleculelor mesager ale canalului beta-adrenergic (luptă-sau-fugi) al comunicării minte-corp. Modelul lor de cercetare ar putea fi extins la multe tipuri de medicină alternativă și hipnoterapie.

O obiecție teoretică la adresa ideii că rețeaua psihosomatică antrenată de hipnoterapie este o cale cu două sensuri constă în faptul că mult timp creierul a fost considerat un organ privilegiat, protejat de o „barieră hematoencefalică” de substanțele toxice care ar putea circula prin restul corpului. Acest fapt sugerează că mulți hormoni ai stresului și molecule mesager din corp ar putea fi împiedicate să intre în

creier de bariera hematoencefalică. Unele studii recente au demonstrat însă că, în condiții emoționale extrem de stresante, bariera hematoencefalică este „coborîtă”, astfel încît multe molecule mesager și alte substanțe pot pătrunde în creier. În perioada războiului din Golf, soldații israelieni luau piridostigmină pentru a se proteja de armele chimice și biologice care ar fi putut fi lansate de Irak. Această procedură era considerată sigură, deoarece piridostigmina, testată în condiții existențiale normale, nestresante, nu traversa bariera hematoencefalică. Spre dezamăgirea lor însă, cercetătorii au descoperit ulterior că în condițiile de stres ale situațiilor reale de luptă, piridostigmina traversa bariera hematoencefalică la 25% dintre soldați, care, în consecință, au manifestat simptome mentale deranjante. Studiile ulterioare au demonstrat că multe alte substanțe toxice, cum ar fi cerneala albastră, care sînt în mod normal blocate de bariera hemato-encefalică, pot pătrunde în creierul animalelor în condiții de stres (Soreq și Friedman, 1997).

Dacă sîntem dispuși să acceptăm faptul că informațiile sînt codificate în rețelele neuronale ale creierului prin intermediul unor modificări modulate de proteine ale conexiunilor sinaptice hebbiene dependente de activități (cu alte cuvinte, conexiuni neurale sinaptice care se intensifică odată cu activitățile), atunci putem spune că semnificația rezidă în cîmpul dinamic complex de molecule mesager care contextualizează în mod continuu informațiile din rețelele neuronale în noi tipare de semnificație dependente de stare. Freeman (1995), de exemplu, a demonstrat că oxitocina este o substanță informațională hormonală secretată în timpul expulzării fătului și al lactației care codifică memoria și

învățarea, precum și dezvățarea (uitarea), într-o manieră dependentă de stare care ar oferi un avantaj pentru supraviețuire pe parcursul evoluției. Oxitocina, în asociere cu un complex de alte molecule mesager din fluidul extracelular din creier, creează cîmpul de semnificație aflat în perpetuă schimbare și dependent de stare, care își găsește expresia în experiența fenomenologică a „minții”, a conștiinței și a comportamentului intenționat pe parcursul nașterii.

Rezumatul abordărilor ericksoniene ale vindecării

O trecere în revistă a abordărilor psihobiologice ericksoniene ale vindecării și hipnozei poate fi găsită în demonstrațiile sale clinice practice (Erickson, 1958/1980, 1959/1980). Oricît de variate ar putea să pară aceste multiple abordări, ele se încadrează în două categorii psihobiologice distincte: (1) abordările aparent pasive sau de stare inferioară care par asemănătoare metodelor hipnotice tradiționale de relaxare, confort și uneori somn; (2) abordările mai active și mai dinamice ale hipnozei de stare superioară care induc excitație emoțională și activități interne intense. L-am întrebat cîndva pe Erickson care stadiu era mai util pentru vindecare: cel aparent pasiv, inferior, în care îi punea pe pacienți să se concentreze asupra unui punct și să asculte liniștiți, ori cel mai activ, superior, de excitare emoțională (evidențiată prin transpirație, senzația de căldură, catharsis etc.), provocat

adesea cu ajutorul metodei lui Erickson de levitație a mîinii. Erickson mi-a răspuns printr-unul dintre cele mai importante principii psihoterapeutice ale activității sale.

> *Principiul VI: Pentru a rezolva eficient orice problemă, pacientul trebuie să o trăiască în mod activ pe parcursul ședinței psihoterapeutice. Sarcina fundamentală a terapeutului este să acceseze și să mobilizeze experiența dependentă de stare a problemei pacientului, iar apoi să acceseze și să utilizeze propriile resurse interne ale pacientului, pentru a gestiona problema în modul specific pacientului.*

Să analizăm acum exemple ale modului în care Erickson a folosit atît hipnoza tradițională, pasivă, de stare inferioară (relaxarea), cît și hipnoza activă, de stare superioară (excitarea emoțională) în maniera sa creativă caracteristică.

Exemple clinice

Primul caz: memorie dependentă de stare, îmbogățire psihologică și maturizarea personalității

Mulți hipnoterapeuți raportează istorice interesante ale unor cazuri în care au evocat accidental amintiri de mult uitate, dependente de stare, ale unor evenimente apărute pe parcursul tranzițiilor naturale reprezentate de sarcină și naștere (Rossi și Cheek, 1988; Rossi și Ryan, 1986). Erickson, de

exemplu, a fost consultat de o femeie care își dorea clar să fie hipnotizată pentru a-și recupera amintirile legate de nașterea primului ei copil. În acest caz, care a fost consemnat cu atenție, cuvînt cu cuvînt, Erickson și-a demonstrat abordarea indirectă pentru a facilita o *stare pasivă de receptivitate*, astfel încît femeia să devină mai sensibilă și mai receptivă la amintirile dependente de stare pe care și le dorea. El a început inducția hipnotică cu aceste cuvinte: „Te rog să stai rezemată de spătarul scaunului, cu picioarele pe podea și cu mîinile pe coapse. Mîinile să nu se atingă una de alta; privește într-un punct fix. Nu trebuie să vorbești. Nu trebuie să te miști. Nu trebuie nici măcar să mă asculți. Inconștientul tău este destul de aproape pentru a mă auzi, iar acesta este singurul lucru important” (Erickson și Rossi, 1979, p. 284).

Această abordare hipnoterapeutică a facilitat o stare de receptivitate pasivă care concordă, într-o oarecare măsură, cu starea indusă de medicamente a „somnului crepuscular”, în timpul căreia a născut. Este posibil ca această corespondență psihobiologică să fi optimizat probabilitatea ca ea să aibă experiența activă a problemei (Principiul VI) și să-și acceseze amintirile dependente de stare pe care și le dorea (Principiul V). Prin această abordare, femeia a reușit să-și reamintească unele detalii importante de la nașterea primului ei copil, care avusese loc cu trei luni mai devreme. Cazul este deosebit de interesant deoarece, în procesul recuperării amintirilor din momentul nașterii, ea și-a redobîndit „întîmplător” experiențe existențiale traumatice anterioare, uitate de ani de zile. Pe măsură ce își amintea experiențele acelor traume timpurii, a reușit să reorganizeze o parte importantă a vieții ei

emoționale, într-o manieră semnificativă, care a facilitat maturizarea surprinzătoare a personalității ei.

Acesta a fost un exemplu clar a ceea ce Erickson (1948/1980) a descris drept „reasociere”, „reorganizare” și „resinteză” profund emoțională și experiențială a vieții interioare, care conducea la rezolvarea problemelor și la vindecare, după cum urmează:

> Inducția și menținerea transei au drept scop crearea unei stări psihologice speciale în care pacientul își poate reasocia și reorganiza complexitățile psihologice interne și își poate utiliza propriile capacități într-o manieră aflată în acord cu viața sa experiențială [...] Terapia rezultă dintr-o resinteză internă a comportamentului pacientului, realizată chiar de pacient. Este adevărat că sugestia directă poate genera o modificare a comportamentului pacientului și poate avea ca efect o vindecare simptomatică, măcar temporară. Totuși, o astfel de „vindecare” este pur și simplu o reacție la sugestie și nu presupune reasocierea și reorganizarea ideilor, înțelegerii și amintirilor, atît de importante pentru vindecarea reală. Experiența reasocierii și reorganizării propriei vieți experiențiale este cea care conduce la vindecare, nu manifestarea comportamentului reactiv, care poate, în cel mai bun caz, doar să-l satisfacă pe observator.

După cum vom vedea în curînd, concepția lui Erickson cu privire la „reasociere” și „resinteză” ca esență a psihoterapiei are o nouă susținere dinspre studiile recente din domeniul neuroștiinței vizînd rolul experiențelor noi, care îmbogățesc

existența, în facilitarea neurogenezei (apariția unor noi țesuturi cerebrale).

Cazul al doilea: șocul psihologic, surpriza și concepția

Activitatea de început a lui Erickson a fost considerată paradoxală și controversată, din cauza dinamicii activatoare a stării superioare pe care o inducea uneori pacienților săi. Iată un exemplu convingător, pe care puțini dintre noi ar avea curajul să-l imite în prezent (Rossi, 1973).

Un profesor universitar în vîrstă de 30 de ani era la un bal organizat de universitate și a văzut o femeie de 30 de ani în cealaltă parte a încăperii. L-a văzut și ea și s-au apropiat rapid unul de celălalt. După o lună își planificaseră deja viitorul și erau căsătoriți. Trei ani mai tîrziu, au venit în biroul lui Erickson și și-au spus povestea tristă. Erau foarte pudici și stînjeniți și au folosit cuvinte aproape prețioase, formale. În esență, problema lor consta în faptul că plănuiseră dinainte de căsătorie să aibă o familie și, deoarece ambii aveau 30 de ani, simțeau că nu ar trebui să amîne lucrurile. Dar, după trei ani, încă nu aveau copii, în pofida consulturilor și a recomandărilor medicale. Ambii erau prezenți în birou și, descriind problema, bărbatul a spus:

— Atît în opinia mea, cît și a soției mele, am ajuns la concluzia că este mai potrivit ca eu să dau glas problemei noastre comune și să o prezint succint. Problema noastră este cît se poate de supărătoare și de distructivă pentru căsnicia noastră. Datorită dorinței noastre de a avea copii, ne-am implicat în uniunea maritală, cu consecințele fiziologice depline, în fiecare seară și în fiecare dimineață, în scopuri procreative. Duminicile și în vacanțe am săvîrșit uniunea

maritală cu consecințele fiziologice depline, în scop procreativ, de pînă la patru ori pe zi. Nu am permis incapacității fizice să afecteze acest demers. Drept consecință a frustrării dorințelor noastre prolifere, uniunea maritală a devenit tot mai neplăcută pentru noi, dar, deși acest fapt nu ne-a zădărnicit eforturile de a procrea, ne deranjează pe amîndoi să descoperim că sîntem tot mai lipsiți de răbdare unul cu celălalt. Din acest motiv, apelăm la ajutorul dumneavoastră, deoarece ajutorul medical a eșuat.

În acest moment, Erickson l-a întrerupt și i-a spus:

— Ați formulat problema. Aș vrea să tăceți și o rog pe soția dumneavoastră să-și spună opinia, cu cuvintele dumneaei.

În aproape același mod, văzînd o stînjeneală mai accentuată decît soțul ei, soția și-a formulat problema. Erickson a spus:

— Pot să vă rezolv problema, dar va fi nevoie de o terapie șoc. Nu este vorba despre șocuri electrice sau fizice, ci de un șoc psihologic. Vă voi lăsa singuri în birou timp de 15 minute, astfel încît să puteți schimba păreri și opinii cu privire la disponibilitatea dumneavoastră de a vă supune unui șoc psihologic destul de sever. La sfîrșitul celor 15 minute, mă voi întoarce în birou și vă voi cere să-mi spuneți ce decizie ați luat, urmînd să o respect.

Observați că Erickson folosește elementul cronobiologic vizînd perioada de activitate creativă tipică de 15-20 de minute prezentată în *Principiul IV* (Rossi și Nimmons, 1991).

Erickson a plecat din birou, a revenit după 15 minute și le-a spus:

— Dați-mi răspunsul dumneavoastră.

Bărbatul a zis:

— Am dezbătut chestiunea atît obiectiv, cît și subiectiv și am ajuns la concluzia că vom îndura orice ne-ar putea satisface dorințele prolifere.

Erickson a întrebat-o pe soție:

— Sînteți complet de acord?

Ea a răspuns:

— Da.

Erickson le-a explicat că șocul va fi psihologic, le va implica emoțiile și că va fi dificil pentru amîndoi.

— Va fi destul de simplu de administrat, dar amîndoi veți fi extrem de șocați din punct de vedere psihologic. Vă sugerez să stați pe scaune, să puneți mîinile în lateralul scaunelor și să vă țineți strîns de marginea acestora, ascultînd bine ceea ce vă voi spune. După ce voi spune ce am de spus, deoarece eu vă administrez șocul, vreau ca amîndoi să păstrați liniștea absolută. După cîteva minute, veți putea pleca din birou și vă veți putea întoarce acasă, la 80 km de aici. Vreau ca amîndoi să mențineți tăcerea absolută pe toată durata drumului spre casă, iar în timpul acelei tăceri veți vedea că prin minte vă vor trece o multitudine de gînduri. Cînd veți ajunge acasă, veți păstra tăcerea pînă ce veți fi intrat în casă și veți fi încuiat ușa. Apoi veți fi liberi! Acum, țineți-vă bine de scaune, pentru că vă voi administra șocul psihologic. Iată-l: timp de trei ani lungi, ați săvîrșit uniunea maritală cu consecințele fiziologice depline, în scop procreativ, de cel puțin două ori pe zi, iar uneori chiar de pînă la patru ori în 24 de ore, și vă confruntați cu dispariția impulsului prolifer. Acum ce-ar fi să vă f… naibii doar de distracție și să fiu al naibii dacă tu [soția] n-o să rămîi cu burta la gură în cel puțin trei luni. Acum vă rog să plecați.

După cum a descris ulterior bărbatul, au rămas tăcuți de-a lungul drumului spre casă, gîndindu-se la „multe lucruri”. Apoi, cînd au ajuns în sfîrșit în casă și au încuiat ușa, „Ne-am dat seama că nu mai aveam răbdare să ajungem în pat. Am făcut-o pe podea, și nu «am săvîrșit uniunea maritală». Ne-am simțit bine, iar acum abia au trecut trei luni și soția mea este însărcinată”. Nouă luni mai tîrziu, li s-a născut o fetiță. Cînd Erickson i-a vizitat să vadă copilul, a descoperit că în conversația lor nu mai erau necesare vorbirea formală, cuvintele lungi și sintagmele extrem de cuviincioase.

Este evident că această abordare absolut neconvențională de a șoca, de a surprinde și momentele creative din hipnoterapia de stare superioară, publicate cu o generație în urmă, *nu* sînt recomandate în practica actuală. Aici este prezentată doar pentru a crea o breșă în concepția greșită conform căreia hipnoza este întotdeauna mediată de starea de relaxare și de confort asemănătoare somnului, specifică hipnozei de stare inferioară. Acest caz ilustrează modul în care un proces terapeutic poate fi facilitat de hipnoza de stare superioară, conducînd la o excitație emoțională de nivel extrem. Sînt necesare studii pentru a evalua ipoteza neuropeptidelor (*Principiul II*), care ar anticipa că hipnoza de stare superioară este asociată cu o activare inițială a sistemului simpatic, iar apoi cu o trecere de la un nivel maxim al cortizolului la un nivel maxim al beta-endorfinei în timpul tranziției la faza critică din procesul creativ, explicată mai detaliat în altă parte (Rossi, 1996).

Direcții viitoare în psihobiologia activității creative

În ce direcție va evolua psihoterapia ericksoniană în noul mileniu? S-a considerat că psihobiologia naturalistă a activității creative, în general, și a abordărilor ericksoniene ale hipnozei de stare superioară, în particular, ar putea fi mediată de genele de răspuns imediat (Rossi, 1997, 1998). Genele de răspuns imediat (IEG) sînt mediatorii nou descoperiți între specificul natural și cel dobîndit (Merchant, 1996; Tölle, Schadrack și Zieglgansberger, 1995). Numite uneori „genele de prim răspuns" sau „mesagerii de ordin trei", acestea acționează drept transductori, permițînd semnalelor intense de stres, urgență și excitare dinspre mediul extern să reglementeze genele din cadrul matricii interne a însuși nucleului vieții. Aceste IEG pot iniția o serie de transformări molecular-genetice care pot transduce semnale relativ scurte de excitare dinspre mediu în modificări de durată la nivelul structurii fizice a sistemului nervos aflat în curs de dezvoltare, precum și la nivelul plasticității, sub forma memoriei și a învățării pe durata întregii vieți (Tölle, Schadrack și Zieglgansberger, 1995). *C-fos*, de exemplu, este o IEG activată prin excitare sau prin stimuli stresanți din mediu, activînd la rîndul ei neuroni din creier, unde generează producerea unei proteine numite „fos". Proteina fos se poate lega apoi de molecula ADN, unde poate activa alte gene. *C-fos*, în combinație cu alte IEG, cum ar fi cele din familia *jun*, poate reglementa și poate fi reglementată de alte familii de gene implicate în dinamica materială, energetică și informațională

a celulei, ca reacție la stresul și trauma psihosociale, dar și fizice. Deși au fost raportate peste 100 de IEG, multe dintre funcțiile lor rămîn necunoscute. Ansamblul complex de funcții biologice și psihologice interconectate pe care se știe că le au IEG sugerează însă un rol central dedicat acestor gene în fundamentele psihobiologice ale hipnoterapiei.

De exemplu, în neuronii sistemului nervos central, IEG sînt recunoscute acum drept transductori generali sau universali care reacționează la multe clase de stimuli nocivi din mediu, inducînd schimbări adaptative în transcrierea genelor, pentru a facilita vindecarea stresului și a traumei cauzate de răniri fizice sau mecanice, neuroni secționați, criză epileptică, expansiunea depresiei corticale, infecții virale și bacteriene, intoxicații cu substanțe și așa mai departe (Merchant, 1996). Studii privind rolul genelor *c-fos* modifică în prezent cercetările privind durerea cronică și acută, durerea la nivelul membrului-fantomă, hiperalgezia și alodinia. Majoritatea substanțelor care gestionează durerea – precum și substanțele asociate care dau dependență, cum ar fi cocaina, amfetamina și opiaceele – sînt, la rîndul lor, mediate de IEG. Se deduce că IEG sînt esențiale în dispoziții și dependențe comportamentale (Tölle, Schadrack și Zieglgansberger, 1995).

Stimulii mai excitanți din mediu care au fost studiați pot activa IEG în cîteva minute; concentrația lor atinge maximul de obicei în 15-20 de minute, iar efectele lor dispar de obicei după o oră sau două. Sînt aceiași parametri ai modelului general al comunicării minte-corp și ai activității hipnoterapeutice propus în *Principiul IV.* Modificările orchestrării tiparelor sau complexelor transcrierii genelor și formării de noi proteine inițiate în acest cadru temporal pot

genera modificări de durată la nivelul sistemului nervos central, convertind memoria pe termen scurt în învățare de durată, prin potențarea pe termen lung (Bailey, Bartsch și Kandel, 1996; Tully, 1996). IEG sînt folosite în prezent drept markeri sau indicatori ai modificărilor activității neuronale în afecțiuni psihopatologice precum schizofrenia. În prezent, sînt concepute medicamente antipsihotice care să moduleze efectele IEG pe căi ce conduc la producerea și utilizarea neurotransmițătorilor precum dopamina, serotonina și noradrenalina, conform „ipotezei dopaminei" în ce privește schizofrenia (Merchant, 1996).

Încă nu există studii cu privire la efectele hipnozei sau ale oricărei alte abordări a activității creative asupra IEG. Studiile recente privind relația dintre IEG *c-fos* și proteina A indusă de factorul de creștere a nervilor (NHGF-A) din ciclul veghe-somn sugerează modul în care ar putea fi asociate cu dimensiunea activitate-pasivitate a hipnoterapiei de stare inferioară și superioară. S-a descoperit „că exprimarea genelor *c-fos* pe durata stării de veghe este strict dependentă de nivelul de activitate al sistemului noradrenergic, [...] niveluri crescute de *c-fos* în timpul trezirii spontane și forțate și [...] niveluri scăzute în timpul somnului" (Cirelli, Pompeiano și Tononi, 1998, p. 40). Este tentant să speculăm că o astfel de stimulare a sistemului noradrenergic și exprimarea IEG ar putea constitui fundamentul molecular-genetic al „psihofiziologiei fascinației" lui Braid (1855/1970), ca principală cale de vindecare în hipnoză. Se ajunge astfel la o idee interesantă care stabilește o conexiune între abordările spirituale tradiționale ale medicinei complementare, studiile psihobiologice moderne și psihoterapia ericksoniană la nivel celular-genetic.

Principiul VII: Un sentiment pozitiv de noutate, minunare și fascinație, descris în diverse feluri drept experiență de numinozitate, spiritualitate, speranțe și așteptări crescute, atenție concentrată și absorbire în momente creative artistice, muzicale, dramatice, umoristice, precum și eforturile umane individuale și în cooperare pot activa cascada de reacții generate de genele de răspuns timpuriu, facilitînd sinteza proteinelor vindecătoare, pentru a optimiza comunicarea minte-corp, neurogeneza și vindecarea.

Întreaga istorie a hipnoterapiei, incluzînd vechi ritualuri spirituale, exorcism, șamanism, mersul prin flăcări și metodele moderne, dar încă „misterioase" ale acupuncturii, ale manipulării corporale, ale terapiei prin atingere și ale biofeedbackului, care evocă un sentiment de minunare și speranță, constituie baza de date empirice a acestei ipoteze despre fascinație, vindecare și hipnoză. Presupunem că vindecarea psihobiologică prin intermediul experienței religioase a „numinozității", constînd într-un sentiment mixt al fascinației, al misteriosului și al copleșirii (Otto, 1923/1950), are multe în comun cu ritualurile tradiționale și moderne de vindecare asociate cu așteptările misterioase privind hipnoterapia. Formulăm ipoteza că, la fel cum stările negative de excitare emoțională pot stimula sistemul neuroendocrin și rețeaua psihosomatică de receptori de molecule mesager, inițiind o cascadă de reacții induse de IEG, care duce la sinteza proteinelor asociate cu stresul și boala, la fel și experiențele pozitive de tip numinos pot iniția o cascadă de reacții

vindecătoare la nivelul proteinelor activate de IEG. Aceasta implică faptul că experiența fascinației pozitive, a misterului, a surprizei și înțelegerii, facilitată de hipnoterapie (Rossi, 1973), poate accesa și facilita o cascadă de IEG, declanșînd sinteza proteinelor vindecătoare.

> *Principiul VIII: Efectul placebo antrenează căi de comunicare minte-corp între așteptările psihosociale pozitive, dinamicile dependente de stare ale sistemului nervos central și rețeaua psihosomatică ce declanșează cascadele de gene de răspuns timpuriu care conduc la sinteza de proteine la nivelurile structural, energetic și informațional ale vindecării minții-corpului.*

Acum se știe clar că, la șoarecii maturi și la primate, experiența noutății și a îmbogățirii mediului poate iniția cascade de IEG, contribuind la formarea de noi proteine, sinapse și dendrite în hipocampusul cerebral, care codifică o capacitate nouă de a memora și de a învăța (Kempermann, Kuhn și Gage, 1997). Cînd aceste experiențe se combină cu exercițiile fizice voluntare, cum ar fi alergatul, numărul de celule noi se dublează (Van Praag, Kempermann și Gage, 1999). Este dovedit acum că neurogeneza (apariția unor neuroni noi) are loc și în hipocampusul uman adult (Ericksson, Perfilieva, Björk-Eriksson *et al.*, 1998; Kempermann și Gage, 1999). Semnificația unor astfel de studii din domeniul neuroștiinței este aceea că oferă noi argumente pentru înțelegerea folosirii de către Erickson a excitației emoționale pozitive, a surprizei și a paradoxului fascinant în activitatea sa terapeutică. Perspectiva folosirii întregului

ansamblu de inovații ericksoniene pentru a optimiza neurogeneza în creierul uman reprezintă un proiect îndrăzneț pentru psihoterapia din noul mileniu.

Squire și Kandel (1999) oferă cea mai atractivă și accesibilă prezentare a studiilor despre condițiile care facilitează neurogeneza în creierul uman. Ei descriu cum are loc neurogeneza în hipocampus și în structurile asociate în timpul cunoașterii „declarative". Memoria, învățarea și comportamentul declarative sau conștiente și explicite sînt accesibile voinței conștiente și controlului voluntar al persoanei. În schimb, memoria, învățarea și comportamentul „nondeclarative" sau inconștiente și implicite sînt dobîndite prin mecanismele reflexe automate și mai inconștiente ale condiționării clasice, îndeosebi condiționarea prin teamă fundamentată emoțional asociată cu traumă, stres și simptome minte-corp. Din această perspectivă, misiunea esențială a psihoterapiei ericksoniene este să acceseze și să transforme simptomele codificate de mecanismele nondeclarative ale memoriei implicite în procese declarative ale conștiinței voluntare (Rossi, 1986/1993, 1996, 2000). La începutul colaborării mele cu Erickson, am descris acest deziderat drept folosirea „implicației psihologice" (Erickson, Rossi și Rossi, 1976, pp. 59-62) după cum urmează: „Pentru Erickson, implicația psihologică este o cheie care activează în mod automat mecanismele proceselor asociative ale unui pacient în tipare previzibile, fără ca pacientul să conștientizeze cum anume s-a întîmplat asta. Gîndul sau reacția implicită pare să apară autonom la pacienți, de parcă ar fi mai degrabă propria lor reacție decît o sugestie inițiată de terapeut. Implicația psihologică este astfel o modalitate de a

structura și direcționa procesele asociative ale pacienților cînd ei nu pot face asta singuri. [...] În formularea implicațiilor psihologice este importantă conștientizarea faptului că terapeutul nu face decît să ofere un stimul; aspectul hipnotic al implicațiilor psihosociale este creat la nivel inconștient de către ascultător. Cel mai eficient aspect al oricărei sugestii este cel care impulsionează propriile asociații și procese mentale ale ascultătorului să devină acțiune automată. Activitatea autonomă a propriilor procese asociative și mentale ale ascultătorului creează experiența hipnotică". Această descriere timpurie a esenței activității ericksoniene, împreună cu cercetările actuale din domeniul neuroștiinței, sugerează un principiu mai general referitor la relațiile dintre procesele conștiente nedeclarative (resursele implicite, creative ale pacientului) și procesele conștiente declarative în declanșarea cascadelor de gene/proteine în timpul multor ritualuri psihosociale și al răspunsului placebo.

Studiile despre placebo sînt consecvente în relevarea faptului că aproximativ 30% dintre subiecți raportează că au simțit un beneficiu terapeutic (Harrington, 1997; Quitkin, McGrath și Stewart, 1996). În cazul medicamentelor de uz psihiatric, cum ar fi inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei, rata recidivei este de 45% după un an. Aceasta înseamnă că 55% dintre pacienți au raportat o reacție placebo semnificativă după un an (Moller și Volz, 1996). Este un astfel de răspuns placebo vindecător doar o experiență fenomenologică pozitivă a speranței și a dorințelor, la nivel cognitiv-emoțional, sau reflectă o anumită formă de vindecare măsurabilă, și la nivel celular-genetic-proteinic? „Efectul noutății" este o observație comună cu privire la valoarea

aparentă a răspunsului placebo. De-a lungul istoriei, s-a observat că noile medicamente sînt surprinzător de eficiente cînd sînt introduse pentru prima oară, dar că valoarea lor terapeutică se reduce și apoi dispare complet după ce valoarea noutății se diminuează. De ce s-ar întîmpla acest lucru? Deoarece se știe acum că noutatea poate genera o reacție la nivelul IEG, considerăm că un „efect de noutate la nivelul genelor de răspuns timpuriu care influențează proteinele” poate genera o cascadă a IEG care să genereze formarea proteinelor ce constituie elementul de bază al vindecării la nivel celular (Rossi, 1997). Emitem ipoteza că un sentiment intens, pozitiv de fascinație, excitația emoțională și așteptarea, asociat cu o pilulă nouă din zahăr, vesel colorată, poate fi la fel de eficient ca un ritual terapeutic nou și misterios, introdus de un vindecător venit dintr-o țară îndepărtată. La fel cum hormonul de eliberare al corticotropinei, CRH mRNA, apare în nucleul paraventricular al hipotalamusului pentru a iniția o reacție adaptativă de excitare la cîteva minute după detectarea unui factor de stres acut fizic sau fiziologic, considerăm că un placebo psihologic pozitiv poate iniția și antrena parametrii cronobiologici ai unei „reacții de vindecare” la nivel celular-genetic. Astfel se explică faptul că reacția placebo apare în cîteva minute, dar dispare cînd efectul de noutate se diminuează – la fel ca în cazul în care cascada CRH se încheie prin metabolizare atunci cînd stresorul dispare.

Cum ar trebui să reacționeze terapeutul în cazul unei boli pe care medicina nu știe încă să o vindece pe deplin (de exemplu, cancerul, afecțiunile reumatoide) atunci cînd pacientul pune întrebări despre un tratament pe care medicul

îl suspectează a fi placebo? Iată în continuare o adaptare a tipului de sugestie în cadrul terapiei care respectă faptele, menținînd însă posibilitatea amplificării unei reacții placebo intense la pacientul care crede în ea (Brown, 1998). Cuvintele scrise cu italice din următoarea recomandare a unui tratament cu efect placebo consolidează așteptările pozitive ale pacientului, permițîndu-i totodată terapeutului să vorbească cu înțelepciune despre realitățile condiției umane.

O recomandare de tratament cu efect placebo

„Da, este adevărat că unele persoane au reacționat bine la tratamentul alternativ despre care ați întrebat. De obicei, eu nu îl recomand pacienților mei, deoarece știința medicală încă nu a atestat dacă dă rezultate sau cum anume funcționează. *Interesul și speranțele dumneavoastră cu privire la valoarea acestui tratament sugerează însă că ați putea avea beneficii de pe urma lui, dacă într-adevăr doriți cu sinceritate să îl încercați.* În această situație, aveți o serie de opțiuni. Puteți începe *prin a lua medicația pe care o recomand de obicei, fiindcă este utilă,* deși nu constituie un tratament complet și are unele efecte secundare pe care va trebui să le monitorizăm atent. Sau puteți începe prin a testa *tratamentul dumneavoastră alternativ mai întîi, pentru a vedea cît de bine funcționează în cazul dumneavoastră.* Cu toții sîntem diferiți la multe niveluri, iar dumneavoastră, fiind o *persoană foarte specială, s-ar putea să reacționați minunat la acest tratament alternativ foarte special* despre care ați întrebat. *Se pare că miracolele medicale chiar există!* Totuși, ar fi important să monitorizăm atent eficiența tratamentului dumneavoastră alternativ dacă într-adevăr vreți să-l încercați. Ce perioadă de testare *credeți că ar*

fi potrivită pentru dumneavoastră? Ați vrea să testați doar abordarea alternativă inițial sau în combinație cu medicația pe care o recomand de obicei?”

Sentimentul puterii și al eficacității proprii, apărut atunci cînd le permitem pacienților alegeri rezonabile în cadrul planului lor de tratament, s-a dovedit a fi un factor foarte important în sănătate și bunăstare (Antonovsky, 1992).

Rezumat și concluzie

O analiză atentă a istoriei hipnozei și a cercetărilor actuale dezvăluie că există un fundament psihobiologic universal pentru toate formele de activitate creativă, psihoterapie și hipnoterapie. Aspectele psihobiologice ale abordărilor ericksoniene ale psihoterapiei, îndeosebi, pot fi conceptualizate printr-o serie de principii fundamentale care descriu întreg procesul comunicării și al vindecării minte-corp, de la nivelul spiritual și cel psihosocial la nivelul celular-genetic-proteinic. Implicațiile studiilor actuale din neuroștiință sugerează că în noul mileniu multe abordări inovatoare ericksoniene ale hipnozei și psihoterapiei își vor găsi aplicații practice în facilitarea neurogenezei din hipocampusul creierului uman.

Abordări practice ale psihobiologiei vindecării și hipnozei ericksoniene

► Utilizați comportamentul actual al pacientului în ședința de terapie *pentru a accesa o retrăire dependentă de stare a originii problemelor sale*, precum și resursele sale interne pentru rezolvarea problemelor în felul său propriu.

► Ajutați pacientul să-și înțeleagă „simptomele" ca pe semnale ale minții-corpului indicînd că pacientul trebuie să reducă dinamicile psihopatologice ale stresului cauzate de afectarea cronică a *propriilor ritmuri naturale circadiene ultradiene și cvasiperiodice ale activității creative și ale vindecării.*

► Utilizați *hipnoza de stare superioară (excitația emoțională) și hipnoza de stare inferioară (relaxarea tradițională)* pentru a accesa nivelul celular-genetic-proteinic al vindecării în hipnoză.

► Prescrieți medicație cu efect *placebo* pentru a stimula sistemul de convingeri al pacientului privind eficacitatea spirituală și naturalistă a vindecării și a rezolvării creative a problemelor în psihoterapie.

► Facilitați vindecarea și dezvoltarea creierului stimulînd *efectul noutății la nivelul proteinelor coordonate de genele de răspuns imediat*, prin utilizarea *sentimentului numinos de minunare și fascinație* al pacientului.

Bibliografie

Aldrich, K., Bernstein, D. (1987). The effect of time of day on hypnotizability. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 35, 141-145.

Antonovsky, A. (1992). Can attitudes contribute to health? *Advances*, 8, 33-49.

Bailey, C., Bartsch, D., Kandel, E. (1996). Toward a molecular definition of long-term memory storage. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 93, 13445-13452.

Barber, T. (1984). Changing unchangeable bodily processes by (hypnotic) suggestions: A new look at hypnosis cognitions, imagining, and the mindbody problem. *Advances*, 1, 7-40.

Bernheim, H. (1889/1957). *Suggestive therapeutics: A treatise on the nature and uses of hypnotism.* Westport, CT: Associated Booksellers.

Black, S. (1963). Inhibition of immediate-type hypersensitivity response by direct suggestion under hypnosis. *British Medical Journal,* 925-929.

Braid, J. (1855/1970). The physiology of fascination and the critics criticized. În M. Tinterow (ed.), *Foundations of hypnosis.* Springfield, IL: C.C. Thomas.

Brewerton, D. (1992). *All about arthritis.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Brown, P. (1991a). Ultradian rhythms of cerebral function and hypnosis. *Contemporary Hypnosis*, 8, 17-24.

Brown, P. (1991b). *The hypnotic brain: Hypnotherapy and social communication.* New Haven, CT: Yale University Press.

Brown, W. (1998). The placebo effect. *Scientific American*, 278, 90-95.

Brush, F.R., Levine, S. (1989). *Psychoendocrinology.* San Diego, CA: Academic Press.

Cahill, L., Prins, B., Weber, M., McGaugh, J. (1994). B-Adrenergic activation and memory for emotional events. *Nature*, 371, 702-704.

Cirelli, C., Pompeiano, M., Tononi, G. (1998). Immediate early genes as a tool to understand the regulation of the sleep-wake cycle: *In situ* hybridization, and antisense approaches. În R. Lydic (ed.), *Molecular regulation of arousal states.* New York: CRC Press.

DeBenedittis, G., Cigada, E., Gosi-Greguss, A. (1994). Autonomic changes during hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42, 140-152.

De Wied, D. (1990). *Neuropeptides: Basics and perspectives.* New York: Elsevier.

Erickson, M. (1948/1980). Hypnotic psychotherapy. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson,* vol. IV (pp. 35-48). New York: Irvington.

Erickson, M. (1958/1980). Naturalistic techniques of hypnosis. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. I*: The nature of hypnosis and suggestion* (pp. 168-176). New York: Irvington.

Erickson, M. (1959/1980). Further clinical techniques of hypnosis: Utilization techniques. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. I*: The nature of hypnosis and suggestion* (pp. 177-205). New York: Irvington.

Erickson, M., Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: an exploratory casebook*. New York, Irvington.

Erickson, M., Rossi, E., Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities.* New York: Irvington.

Eriksson, P., Perfilieva, E., Bjork-Eriksson, T., Alborn, A.-M., Nordborg, C., Peterson, D., Gage, F. (1998). Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nature Medicine*, 4, 1313-1317.

Ewin, D. (1986). Emergency room hypnosis for the burned patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 7-12.

Freeman, W. (1995). *Societies of brains.* New York: Erlbaum.

Glaser, R., Kennedy, S., Lafuse, W., Bonneau, R., Speicher, C., Hillhouse, J., Kiecolt-Glaser, J. (1990). Psychological stress-induced modulation of interleukin 2 receptor gene expression and interleukin 2 production in peripheral blood leukocytes. *Archives of General Psychiatry*, 47, 707-712.

Glaser, R., Lafuse, W., Bonneau, R., Atkinson, C., Kiecolt-Glaser, J. (1993). Stress-associated modulation of proto-oncogene expression in human peripheral blood leukocytes. *Behavioral Neuroscience*, 107, 525-529.

Gorton, B. (1957). The physiology of hypnosis, I. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry*, 4, 86-103.

Gorton, B. (1958). The physiology of hypnosis: Vasomotor activity in hypnosis. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry*, 5, 20-28.

Harrington, A. (ed.) (1997). *The placebo effect.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Harris, R., Porges, S., Clemenson Carpenter, M., Vincenz, L. (1993). Hypnotic susceptibility, mood state, and cardiovascular reactivity. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 15-25.

Hull, C. (1933/1968). *Hypnosis and suggestibility.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Iranmanesh, A., Lizarralde, G., Johnson, M., Veldhuis, J. (1989a). Circadian, ultradian and episodic release of B-endorphin in men, and its temporal coupling with cortisol. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 68, 1019-1026.

Iranmanesh, A., Veldhuis, J., Johnson, M., Lizarralde, G. (1989b). 24-hour pulsatile and circadian patterns of Cortisol secretion in alcoholic men. *J. Androl.*, 10, 54-63.

Izquierdo, I., Netto, C., Dalmaz, D., Chaves, M., Pereira, M., Siegfried, B. (1988). Construction and reconstruction of memories. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 21, 9-25.

Kempermann, G., Gage, F. (1999). New nerve cells for the adult brain. *Scientific American,* 48-53.

Kempermann, G., Kuhn, G., Gage, F. (1997). More hippocampal neurons in adult mice living in an enriched environment. *Nature*, 386, 493-495.

Kirsch, I., Lynn, S. (1995). The altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape. *American Psychologist*, 50, 846-858.

Kleitman, N. (1969). Basic rest-activity cycle in relation to sleep and wakefulness. În Kales A. (ed.), *Sleep: Physiology and pathology* (pp. 33-38). Philadelphia: Lippincott.

Kleitman, N., Rossi, E. (1992). The basic rest-activity cycle – 32 years later: An interview with Nathaniel Kleitman at 96, by E. Rossi. În D. Lloyd şi E. Rossi (eds.), *Ultradian rhythms in life processes: A fundamental inquiry into chronobiology and psychobiology* (pp. 303-306). New York: Springer Verlag.

Lippincott, B. (1992). Owls and larks in hypnosis: Individual differences in hypnotic susceptibility relating to biological rhythms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 85-192.

Lloyd, D., Rossi, E. (eds.) (1992). *Ultradian rhythms in life processes: A fundamental inquiry into chronohiology and psychobiology.* New York: Springer Verlag.

Lloyd, D., Rossi, E. (1993). Biological rhythms as organization and information. *Biological Reviews*, 68, 563-577.

Mann, B., Sanders, S. (1995). The effects of light, temperature, trance length and time of day on hypnotic depth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(3), 43-53.

McGaugh, J. (1989). Involvement of hormonal and neuromodulatory systems in the regulation of memory storage. *Annual Reviews Neuroscience*, 12, 255-287.

Merchant, K. (1996). *Pharmacological regulation of gene expression in the CNS.* Boca Raton, FL: CRC Press.

Moller, H., Volz, H. (1996). Drug treatment of depression in the 1990s: An overview of achievements and future possibilities. *Drugs*, 52, 625-638.

Naish, P. (ed.) (1986). *What is hypnosis? Current theories and research.* Philadelphia: Open University Press.

Olness, K., Culbert, T., Uden, D. (1989). Self-regulation of salivary immunoglobulin by children. *Pediatrics*, 83, 66-71.

Osowiec, D. (1992). Ultradian rhythms in self-actualization, anxiety, and stress-related somatic symptoms. Teză de doctorat, California Institute of Integral Studies.

Otto, R. (1923/1950). *The idea of the holy.* New York: Oxford University Press.

Papez, J. (1937). A proposed mechanism of emotion. *Arch. Neur. Psych*, 38, 725-744.

Pardue, M., Feramisco, J., Lindquist, S. (1989). *Stress induced proteins.* New York: Alan Liss.

Pert, C., Ruff, M., Spencer, D., Rossi, E. (1989). Self-reflective molecular psychology. *Psychological Perspectives*, 20, 213-221.

Pert, C., Ruff, M., Weber, R., Herkenham, M. (1985). Neuropeptides and their receptors: A psychosomatic network. *Journal of Immunology*, 135, 820s-826s.

Quitkin, F., McGrath, P., Stewart, J. (1996). Chronological milestones to guide drug change: When should clinicians switch antidepressants? *Archives of General Psychiatry*, 53, 785-792.

Rainville, P., Duncan, G., Price, D., Carrier, B., Bushnell, C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate

but not somatosensory cortex. *Science*, 277, nr. 5328, 968-871.

Rossi, E., (1973). Psychological shocks and creative moments in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 9-22.

Rossi, E. (1982). Hypnosis and ultradian cycles: A new state(s) theory of hypnosis? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 21-32.

Rossi, E. (1986). Altered states of consciousness in everyday life: The ultradian rhythms. În B. Wolman, M. Ullman (eds.), *Handbook of altered states of consciousness* (pp. 97-132). New York: Van Nostrand.

Rossi, E. (1986/1993). *The psychobiology of mind-body healing.* New York: Norton.

Rossi, E. (1990). From mind to molecule: More than a metaphor. În J. Zeig, S. Gilligan (eds.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors* (pp. 445-472). New York: Brunner/Mazel.

Rossi, E. (1992). Periodicity in self-hypnosis and the ultradian healing response: A pilot study. *Hypnos*, 19, 4-13.

Rossi, E. (1996). *The symptom path to enlightenment: The new dynamics of self-organization in hypnotherapy.* Pacific Palisades, CA: Palisades Gateway.

Rossi, E. (1997). The symptom path to enlightenment: The psychobiology of Jung's constructive method. *Psychological Perspectives*, 36, 68-84.

Rossi, E. (1998). Mindbody healing in hypnosis: Immediate-early genes and the deep psychobiology of psychotherapy. *Japanese Journal of Hypnosis*, 43, 1-10.

Rossi, E. (2000). *Dreams, consciousness and spirit. The quantum dynamics of self-reflection and co-creation.* Malibu, CA: Palisades Gateway.

Rossi, E., Cheek, D. (1988). *Mind-body therapy: Ideodynamic healing in hypnosis.* New York: Norton.

Rossi, E., Nimmons, D. (1991). *The twenty minute break: Using the new science of ultradian rhythms.* Pacific Palisades, CA: Palisades Gateway.

Rossi, E., Ryan, M. (eds.) (1986). *Mindbody communication in hypnosis,* vol. III: *The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Routtenberg, A., Meberg, P. (1998). A novel signaling system from the synapse to the nucleus. *Trends in Neurosciences*, 21, 106.

Ruzyla-Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (1995). Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper & suppressor cells. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 71-79.

Saito, T., Kano, T. (1992). The diurnal fluctuation of hypnotic susceptibility. *Japanese Journal of Hypnosis*, 37, 6-12.

Scharrer, E., Scharrer, B. (1940). Secretory cells within the hypothalamus. În *Research Publications of the Association of Nervous and Mental Diseases.* New York: Hafner.

Selye, H. (1976). *The stress of life.* New York: McGraw-Hill.

Smith, G., McDaniel, S. (1983). Psychologically mediated effect on the delayed hypersensitivity reaction to tuberculin in humans. *Psychosomatic Medicine*, 46, 65-73.

Sommer, C. (1993). Ultradian rhythms and the common everyday trance. Hypnos, 20, 135-140.

Soreq, H., Friedman, A. (1997). Images of stress in the brain. *Discovery*, 19-20.

Spiegel, D. (1998). Hypnosis and implicit memory: Automatic processing of explicit content. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 231-240.

Squire, L., Kandel, E. (1999). *Memory: From mind to molecules.* New York: Scientific American Library.

Sturgis, L., Coe, W. (1990). Physiological responsiveness during hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 38(30), 196-207.

Tinterow, M. (1970). *Foundations of hypnosis.* Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Todorov, I. (1990). How cells maintain stability. *Scientific American*, 263, 66-75.

Tolle, T.R., Schadrack, J., Zieglgansberger, W. (1995). *Immediate early genes in the CNS.* New York: Springer Verlag.

Tully, T. (1996). Discovery of genes involved with learning and memory: An experimental synthesis of Hirschian and Benzerian perspectives. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 93, 13460-13467.

Turner, J., Dewerth, M., Fine, T. (1993). Efectele tratamentului prin plutire R.E.S.T. asupra imunoglobulinei salivare. Prezentată la Conferinţa Internaţională pe tema studiilor cu privire la R.E.S.T., Seattle, WA, februarie.

Van Praag, H., Kempermann, G., Gage, F. (1999). Running increases cell proliferation and neurogenesis in the adult mouse dentate gyrus. *Nature Neuroscience*, 2, 266-270.

Wagstaff, G. (1986). Hypnosis as compliance and belief: A socio-cognitive view. În P. Naish (ed.), *What is hypnosis?*

Current theories and research (pp. 57-84). Philadelphia: Open University Press.

Wallace, B. (1993). Day persons, night persons, and variability in hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 827-833.

Wallace, B., Kokoszka, A. (1995). Fluctuations in hypnotic susceptibility and imaging ability over a 16-hour period. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 7-19.

Weinstein, E., Au, P. (1991). Use of hypnosis before and during angioplasty. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 29-37.

Woody, E., Farvolden, P. (1998). Dissociation in hypnosis and frontal executive function. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 206-216.

Capitolul 10

Avertisment pentru terapeuți: pericole etice și juridice ale folosirii tehnicilor ericksoniene

Alan W. Scheflin

Probabil că celor care abia încep să studieze psihologia, psihiatria sau consilierea li se pare că teoriile și tehnicile terapeutice sînt la fel de numeroase ca stelele de pe cer. Desigur, unele dintre acele stele au o strălucire familiară. Teoriile psihanalitice ale lui Freud, deși recent oarecum criticate și contrazise, rămîn viabile. Atitudinea plină de căldură față de client teoretizată de Carl Rogers a dat naștere unei diversități de abordări umaniste moderne ale inadaptării mentale și sociale. Alte stele apar brusc pe firmament și lucesc îndrăzneț, cum ar fi desensibilizarea și reprocesarea prin mișcări oculare (EMDR), dar nimeni nu poate anticipa deocamdată cît de mult va continua să strălucească lumina lor.

În această constelație de concepte privind consilierea există idei și teorii care acoperă întreaga gamă a imaginației

umane. Unii dintre cei mai mari vindecători i-au îndemnat pe terapeuți să se concentreze asupra *inconștientului* clientului, prin tehnici de asociere liberă. Alți teoreticieni argumentează la fel de persuasiv că mintea *conștientă* este domeniul adecvat pentru schimbare, convingîndu-l pe client să nu se mai îndoiască de sine. Alții susțin că terapeutul nu îl convinge pe client *să renunțe* să se mai îndoiască de sine, ci mai degrabă *să adopte* noi cadre de referință. Mulți consilieri pun sub semnul întrebării necesitatea de a lucra cu psihicul, preferînd în schimb să se concentreze asupra comportamentului. Cei care adoptă această concepție ar putea prefera să asigure anumiți stimuli pentru a produce noi reacții comportamentale, sau să asigure noi recompense pentru a crea comportamente noi. Unii le pot solicita clienților să învețe despre comportamente noi prin jocurile de rol. Alții nu se concentrează asupra pacientului, ci asupra sistemului sau rețelei de relații care îl implică pe pacient. Diferiți teoreticieni se axează pe afect, pe imaginație sau pe comunicarea nonverbală sau pe oricare dintre premisele fundamentale ale unora dintre sutele de școli teoretice de terapie.

Totuși, în acest vast cosmos de noțiuni curative unice și diferite, nici una nu este probabil la fel de neobișnuită și de curioasă precum metoda de vindecare propusă și practicată de Milton H. Erickson. Prima întîlnire cu tehnicile sale seamănă cu trecerea lui Alice prin oglindă, într-o lume în care totul este talmeș-balmeș, iar regulile existențiale par cumva inversate. Cînd terapeuții ericksonieni comunică unii cu alții, în persoană sau prin cărți și articole, descriu cum își îndeamnă clienții să-și înrăutățească simptomele sau să inverseze un progres terapeutic aparent, suferind o recădere!

În lumea acestei terapii cu adevărat paradoxale, anumiți clienți sînt încurajați să ezite sau să dea greș. Clienților cooperanți li se spune să opună rezistență, iar clienților care opun rezistență li se cere să opună o rezistență și mai mare (Haley, 1973). Unii clienți primesc recomandări terapeutice care oferă alternative mai rele decît situația cu care se confruntă în momentul respectiv. Terapia prin consecințe negative (ordeal therapy), care constituie o componentă importantă a metodologiei ericksoniene, prescrie în scop curativ activități fizice și mentale care produc disconfort (*idem*, 1984).

Milton H. Erickson (1902-1980) a fost medic, psiholog și psihiatru. În general, este recunoscut drept cel mai mare hipnotizator și unul dintre cei mai extraordinari vindecători ai secolului XX. Cu un simț al observației demn de un Sherlock Holmes, curele sale ingenioase și fascinante pentru cele mai bizare afecțiuni sînt deja legendare. Totuși, cel mai fascinant aspect constă în faptul că a avut succes îndeosebi făcînd exact opusul a ceea ce recomandă de obicei practica psihiatrică.

Cînd Erickson era copil, familia lui a călătorit spre *est*, într-o căruță cu coviltir (Haley, 1993a). De la acel început de bun augur, nu a încetat niciodată să meargă împotriva curentului.

Într-un omagiu emoționant adus regretatului său prieten, terapeutul Jay Haley scria: „Cazurile lui Erickson erau la fel de distincte ca un tablou de Picasso” (Haley, 1993b). Soluțiile sale pentru tulburările pacienților erau atît de unice, încît terapeuții recunoșteau imediat amprenta lui Erickson. Terapia prin consecințe negative reprezintă doar o mică parte din realizările lui Erickson.

Dacă mulți psihiatri respectau reguli stricte cu privire la relațiile cu pacienții, Erickson avea adesea contacte sociale cu ei, în afara sălii de terapie. Într-adevăr, punea adesea la cale situații sociale pentru a obține o influență benefică asupra pacienților săi. De exemplu, le solicita prietenilor, membrilor familiei sau altor pacienți să participe la ședințele terapeutice.

Dacă alți psihiatri evitau cu grijă să facă sugestii directe pacienților, Erickson putea fi destul de autoritar. Opusul este și mai adevărat. Parțial, geniul recunoscut al lui Erickson consta în capacitatea sa de a-i influența „indirect" pe oamenii din jurul său. Putea hipnotiza anumiți oameni dintr-o încăpere fără ca aceștia sau alții să-și dea seama. Putea hipnotiza pe cineva în timp ce respectivul se lăuda că nu poate fi hipnotizat. Își elaborase o gamă nesfîrșită de inducții „conversaționale" care îi determinau pe oameni să intre în transă în timpul unei conversații obișnuite. La conferințe profesionale își demonstra abilitatea de a induce transa în timp ce dădea mîna cu cineva.

Haley a demonstrat în mod eficient că aceste contribuții ale lui Erickson la hipnoză și terapie sînt atît de unice, încît par să nu aibă predecesori. Nimeni nu a mai lucrat așa cum a făcut-o Erickson. El a folosit hipnoza cu 30 de ani înainte ca asociațiile medicale să valideze tehnica; a aplicat proceduri de terapie familială cu zeci de ani înainte de crearea terapiei familiale; a utilizat tehnici de terapie sexuală și terapie sistemică recunoscute oficial doar la mult timp după ce le-a elaborat; s-a concentrat mai degrabă asupra soluțiior rapide decît asupra psihanalizei pe termen lung; a atribuit o importanță mai mare problemelor cu care se prezintă pacientul decît căutării unor cauze din istoricul lui; a respins imaginea negativă a

inconștientului, făcîndu-l în schimb un aliat în procesul de vindecare; a elaborat tehnici care depășesc și în prezent puterea de înțelegere a practicienilor celor mai talentați din domeniul psihiatriei.

Puterea de observație a lui Erickson era atît de intensă, încît adesea le dădea oamenilor impresia că le citea gîndurile. Este absolut remarcabil că era un observator atît de atent, avînd în vedere că era afon, daltonist și afectat de două tipuri diferite de poliomielită. Deși avea un talent extraordinar de a-i determina pe oameni să facă ceea ce voia el în terapie, aceștia nu aveau niciodată sentimentul inconfortabil că fuseseră manipulați, deși erau conștienți că sînt manipulați.

Pe lîngă practica psihiatrică intensă, Erickson și-a găsit timp să scrie în colaborare cinci cărți și peste 130 de articole de specialitate. Pe parcursul vieții, a fost maestrul recunoscut al hipnozei și al comunicării. După moartea sa, legenda lui a atins proporții mitice. A apărut un „cult al lui Erickson” – adevărați „credincioși” care îl zeifică drept vrăjitor, mag sau guru cu puteri miraculoase, care săvîrșea vindecări magice. Erickson ar fi considerat adorarea sa de prost gust, la fel ca mulți dintre cei care i-au perpetuat munca la conferințele de specialitate (Hammond, 1984). Zeig observă în mod just că „Metodele ericksoniene reprezintă probabil domeniul psihoterapeutic cu cea mai amplă expansiune din Occident” (Zeig, 1985a, p. 31).

Terapeuții spun povești despre Erickson cu entuziasmul cu care băieții fac schimb de cartonașe cu jucători de baseball. „O știți pe aceea cu bărbatul pe care l-a pus să urineze printr-un tub?” „Dar pe aceea cînd a pus-o pe mamă să se așeze pe fiul ei?” „Dar bărbatul cu fobie care trebuia să meargă cu liftul cu

o tînără foarte atrăgătoare?” Și poveștile curg, fiindcă sînt atît de multe. Sînt foarte multe fiindcă Erickson dădea dovadă de ingeniozitate și umor în rezolvarea cazurilor. Nu îi plăcea să folosească de două ori aceeași abordare și își adapta atent tratamentul la idiosincraziile individuale ale fiecărui pacient.

Unul dintre cele mai fascinante tratamente ale lui Erickson a implicat un bărbat care fusese internat timp de mulți ani întrucît pretindea că era Iisus Hristos. Personalul medical și psihiatrii nu avuseseră succes cu el. În pofida pilulelor și a procedurilor, el continua să insiste că este Iisus. Putea face Erickson ceva ce nu fusese deja testat?

Soluția lui Erickson a evidențiat modul său de a lucra. Într-o zi, Erickson s-a dus la tînăr și i-a spus:

— Înțeleg că ești tîmplar.

Tînărul a fost nevoit să încuviințeze.

— Ei bine, mi-ai putea face o etajeră pentru cărți? Te plătesc. Vino în biroul meu, să luăm măsurătorile.

Desigur, dacă bărbatul era tîmplar, putea face o etajeră. După ce a luat măsurile, asta a și făcut. Alt psihiatru l-a văzut și l-a rugat pe Iisus să-i facă și lui una. În curînd, Iisus era atît de ocupat cu făcutul etajerelor și a devenit atît de priceput în meseria sa, încît a renunțat să se mai creadă Iisus Hristos și și-a deschis un atelier de tîmplărie. Soluția lui Erickson a fost, după cum spune elocvent Haley, „tipic ericksoniană”. A respectat problema cu care se prezenta clientul și a lucrat cu ea în mod constructiv, ajungînd la un rezultat pozitiv.

Impactul unui deceniu

Dincolo de geniul lui evident, de studiile sale robuste și de erudiția sa, de devotamentul față de profesie și de pacienți și de căldura și umanismul său, Erickson mai avea un avantaj: a lucrat într-o perioadă în care terapeuții nu erau dați în judecată pentru tratamentele prin conversație. Pînă în 1980, anul morții lui Erickson, în întreaga țară nu fusese pronunțată nici o decizie legală emisă de vreo curte de apel într-un proces intentat unui terapeut pentru maniera în care fusese efectuată terapia, cu excepția cazurilor de contact fizic inadecvat sau intimitate sexuală (Alexander și Scheflin, 1998; Scheflin și Spiegel, 1998). Horowitz observă că

> ...practic, încă nu a fost raportată nici o decizie prin care un psihoterapeut să fi fost dat în judecată cu cîștig de cauză pentru neglijență, referitor la ceea ce i-a spus clientului pe parcursul procesului terapeutic. Atît timp cît terapeuții își restrîng practica la vorbire, interpretare și sfaturi, ei rămîn imuni la procese, oricît de dăunătoare ar fi comentariile lor sau cît de incorecte le-ar fi interpretările (1984, p. 1638).

În anii ’80 însă, climatul juridic a devenit inospitalier pentru practica terapiei. În anii ’90, aproximativ o mie de procese fuseseră intentate unor psihiatri, psihologi, asistenți sociali și alți specialiști din domeniul sănătății mentale, punîndu-le la îndoială terapiile practicate și însuși domeniul psihoterapiei (Brown, Scheflin și Hammond, 1998). Practic, toate elementele și tehnicile de vindecare de inspirație

ericksoniană sînt acum sub atac juridic, mai ales îndrăgita lui hipnoză.

Hipnoza

În 1923, cînd Erickson era student în anul II la Universitatea Wisconsin, experimentele sale cu hipnoza au intrat în atenția unui profesor de psihologie, Clark Hull. Acesta, el însuși recunoscut în prezent drept unul dintre cei mai importanți cercetători ai secolului în domeniul psihologiei, și-a dat seama de importanța activității tînărului Erickson și a ținut un seminar la nivel de masterat despre hipnoză, pe tema experimentelor lui Erickson. Activitatea care a început în sala de curs a lui Hull în 1923 a culminat cu publicarea, exact zece ani mai tîrziu, a lucrării clasice a lui Hull, *Hypnosis and suggestibility* (1933). Această carte a eliberat hipnoza de limitările amuzamentului scenic și ale misticismului. Studiile lui Hull au făcut din studiul științific al hipnozei un domeniu respectabil.

Geniul lui Erickson a constat în recunoașterea faptului că hipnoza era un tipar de comunicare care oferea semnale despre comportamentul uman și care putea fi folosită în mod terapeutic fără o transă hipnotică formală. Era oare posibil ca o persoană să intre în transă fără să fie folosită inducția formală directă? Dacă da, acest lucru ar fi foarte util în cazul clienților care opun rezistență. Erickson a explorat tehnici de „inducție indirectă” și a avut un succes aproape mitic. Descriindu-i realizările, Jay Haley scria că Erickson „putea hipnotiza o persoană în timp ce vorbea cu alta, putea induce

transa unei anumite persoane din public în timp ce ținea un curs prin accentuarea unor cuvinte, iar adesea lucra cu o persoană care abia mai tîrziu își dădea seama că fusese hipnotizată sau nu conștientiza defel acest fapt" (Haley, 1973).

Rafinîndu-și arta cu precizia unui perfecționist, Erickson a observat că tehnicile de inducție indirectă cu cel mai mare impact utilizau comportamentele și experiențele clienților. Și mai bine, dacă un client opunea rezistență, putea fi folosit chiar acest comportament pentru a induce transa!

Ce factori generează o concentrare atît de intensă? Erickson a descoperit că, dacă mintea conștientă putea fi distrasă prin intermediul unei sarcini de lucru care să îi solicite întreaga atenție, inconștientul dispunea de mai multă libertate de a opera și era mai deschis la comunicare. Pentru a distrage mintea conștientă, Erickson a elaborat nenumărate tehnici dramatice și amuzante pentru a o șoca, dezorienta, provoca sau determina să efectueze o căutare amplă în memorie. În oricare dintre aceste situații, mintea conștientă va reacționa prin concentrare intensă, lăsînd astfel inconștientul mai accesibil pentru mesaje și, în cele din urmă, pentru transă.

Dacă mintea conștientă poate fi distrasă prin dezorientare, ce poate fi mai derutant decît un terapeut care să fie complet de acord cu rezistența unui client? Să analizăm un exemplu simplu. Un client este de acord să testeze hipnoza, dar cînd dumneavoastră, în calitate de terapeut, îi spuneți că își va simți mîna tot mai ușoară, clientul răspunde că, de fapt, mîna îi este tot mai grea. Erickson i-ar răspunde clientului că brațul lui va deveni tot mai greu. Acum clientul este în încurcătură. Dacă brațul său devine mai greu, clientul nu mai opune

rezistență. Dacă însă brațul devine mai ușor, clientul continuă să coopereze, dar de data aceasta se supune sugestiei anterioare că brațul *s-ar putea* să devină mai ușor. Pentru client, toate căile de rezistență au devenit acum căi de cooperare. Acest fapt este atît de derutant pentru mintea conștientă, încît aceasta este destul de distrasă încît să permită accesul la inconștient. Rezistența clientului, care a fost pe deplin acceptată, devine vehiculul inducției hipnotice.

Măiestria lui Erickson în elaborarea și utilizarea inducțiilor indirecte se baza pe convingerea sa că hipnoza nu este o entitate distinctă, ci o componentă a rețelei de ansamblu a sistemelor de comunicare care operează simultan în toate elementele comportamentului unei persoane. Acest punct de vedere a avut o consecință importantă pentru Erickson – obținerea consimțămîntului informat nu mai era necesară. Atît timp cît hipnoza putea fi considerată inofensivă și terapeutică, consimțămîntul informat era o formalitate inutilă.

În 1980, Curtea Supremă din Minnesota a devenit primul tribunal statal care a declarat că hipnoza era atît de periculoasă, încît oricui era hipnotizat cu scopul recăpătării unor amintiri i se interzicea să depună mărturie la tribunal cu privire la orice și-ar fi amintit în timpul hipnozei sau ulterior (*Statul contra Mack*, 1980). În următorii cîțiva ani, majoritatea instanțelor s-au grăbit să adopte reguli stricte antihipnoză (Scheflin, 1996; Scheflin și Shapiro, 1989). După cum arată Scheflin:

> Conform [...] poziției care susține regula excluderii *per se* a martorilor hipnotizați, o persoană care a suferit o

> lobotomie poate depune mărturie în instanță, o persoană care a suferit tratamente ample cu electroșocuri poate depune mărturie, o persoană care a ingerat doze uriașe de substanțe psihiatrice care modifică starea psihică sau de substanțe psihedelice poate depune mărturie, o persoană cu afectări organice ample ale creierului poate depune mărturie, dar o persoană care a fost hipnotizată în mod competent de către un specialist licențiat, cu experiență, care a respectat cu atenție recomandări stricte de evitare a sugestiilor nedorite nu poate depune mărturie în instanță (1997a, p. 160).

În ultimii 20 de ani, instanțele au devenit tot mai suspicioase cu privire la hipnoză și la presupusa capacitate de a o folosi pentru a manipula mintea (Scheflin, 1999a). Hipnoza a devenit principala țintă în dezbaterea despre amintirile false, susținîndu-se că este o procedură sugestivă experimentală, periculoasă și excesivă. Avînd în vedere climatul juridic actual, terapia prin hipnoză se poate aștepta la o atitudine glacială din partea judecătorilor. Dacă nu folosește formulare de consimțămînt informat cînd lucrează cu memoria împrospătată hipnotic, terapeutul riscă să fie tras la răspundere pentru malpraxis (Hammond, Garver, Mutter *et al.*, 1995; Scheflin, 1993). Tehnicile de inducție indirectă pot ridica întrebări referitoare la lipsa consimțămîntului informat, care devin acum obiectul unor procese civile.

Am descris în altă parte atacurile la adresa folosirii hipnozei (Scheflin, 1995, 1997b). Dacă opiniile juridice referitoare la hipnoză nu se schimbă, terapeuții vor întîmpina dificultăți în explicarea valorii sale terapeutice.

Consimțământul informat

În medicină, doctrina consimțământului informat menține autonomia unei persoane cu privire la corp și la minte. Nimeni nu poate să acționeze asupra corpului unei persoane fără consimțământul acesteia. Delictul de lovire este definit drept atingerea corpului cuiva fără consimțământ. Mai ales după adoptarea Codului Nürnberg, în 1948, consimțământul informat a fost conceptul care a structurat relația dintre vindecător și pacient (Annas și Grodin, 1992).

Consimțământul informat cu privire la procedurile fizice care influențează mintea, cum ar fi terapia prin electroșocuri, psihochirurgia sau terapia medicamentoasă, este o condiție premergătoare folosirii acelor proceduri. Există oare și cerința ca pacientul să-și dea acordul informat pentru tehnicile nonfizice folosite pentru a influența mintea? Smith observă: „consimțământul informat cu privire la tratamentul medical a beneficiat de o atenție considerabilă în ultimii ani, dar aplicarea sa în psihoterapie nu este bine definită” (1991, p. 218).

Ar trebui aplicată doctrina consimțământului informat și în situațiile din psihoterapie? Într-un incitant articol clasic, Zeig (1985b) argumentează că modelul medical, în cadrul căruia consimțământul informat funcționează eficient, diferă substanțial de modelul mental, unde nu pare să se încadreze deloc bine:

> Pacientul are dreptul la un tratament eficient. Psihoterapia nu poate fi adaptată patului lui Procust al restricțiilor etice depășite, imposibil de respectat.

> Este o greșeală să li se ceară psihologilor să-i informeze complet pe consumatori și/sau să solicite consimțământul în mod direct. Solicitarea consimțământului direct nu are o amploare suficientă pentru a cuprinde abordările strategice moderne și ericksoniene. Oferirea de informații complete și solicitarea consimțământului direct pot afecta situația clinică.

Deși Zeig este de acord cu faptul că pacientul are dreptul să primească unele informații pe baza cărora să decidă în mod responsabil, observă pericolul inerent consimțământului complet informat:

> Totuși, dreptul pacientului la autodeterminare nu poate fi compromis. Pacienții trebuie să aibă libertatea de a alege. Deși a-i informa complet pe pacienți cu privire la specificul tratamentului este imposibil, faptul fiind bazat pe o concepție liniară învechită a funcționării umane, pacienții ar trebui în general să fie informați cu privire la riscurile inerente tratamentului.
> În instanțe, principalul scop al doctrinei consimțământului informat este menținerea dreptului pacientului la autodeterminare, punîndu-i la dispoziție informații despre riscurile inerente procedurilor. [...] Pentru a reflecta acea filosofie, Codul de Etică al Asociației Psihologilor Americani ar trebui modificat astfel: „Psihologii *îi informează pe consumatori cu privire la riscurile inerente* evaluării, tratamentului, procedurilor educaționale sau instructive". Această formulare oferă un concept care poate fi operaționalizat, cercetat și aplicat.

> Doctrina informării pacientului cu privire la riscuri nu poate fi aplicată nediscriminat, deoarece un terapeut nu va oferi doar informații, ci va influența totodată pacientul. [...] De exemplu, dacă terapeutul îi spune pacientului că riscul potențial al tratamentului este divorțul, nu doar afirmă un fapt, ci face totodată o sugestie. În calitate de experți în comunicare, terapeuții trebuie să fie sensibili la structura multistratificată a comunicării și să fie responsabili pentru efectele acesteia asupra tuturor aspectelor terapiei, inclusiv a celor care implică etica.

După cum arată psihologul Michael Yapko (1983), „Manipularea clientului în poziția de a accepta sugestii oferite este dovada utilizării calificate a hipnozei". La fel cum un pacient trebuie pregătit pentru o intervenție chirurgicală, are nevoie de pregătiri și pentru psihoterapia eficientă. Această pregătire este adesea în afara sferei de conștientizare a pacientului.

Poziția lui Zeig este acum în antiteză cu o mișcare tot mai amplă care solicită o formă nouă, specializată de consimțământ informat, înainte de întreprinderea oricărei terapii. Legislatorii din Arizona dezbat o lege numită „Sănătatea mentală: protecția consumatorului". Activitatea privitoare la această propunere de lege poate fi găsită la adresa: *http://www.azleg.state.az.us/legtext/44leg/1r/bills/hb2416p.htm*.

În cazul în care această lege va fi adoptată, consumatorii vor fi atît de protejați încît tratamentul în domeniul sănătății mentale va fi practic o imposibilitate. Versiunile anterioare ale aceste legi au fost criticate de Asociația Psihologilor Americani

(1995) și de comentatori (Brown, Sheflin și Hammond, 1998; Saunders, Bursztajn și Brodsky, 1995; Simon, 1995). În cadrul acestui nou concept al consimțământului informat, pacienții trebuie să fie informați cu privire la rezultatele studiilor care demonstrează în mod științific eficiența tratamentelor pe care le vor primi. Conform legii din Arizona: „Lungi serii de studii de caz singulare și rapoartele bazate pe dovezi anecdotice nu sînt suficiente pentru a satisface acest standard”. Deoarece literatura de specialitate abundă în astfel de cazuri singulare și studii bazate pe dovezi anecdotice, clinicienii vor fi siliți să efectueze experimente științifice pe termen lung pentru a-și valida modalitățile de tratament și pentru a satisface cerințele vizînd consimțământul informat. Astfel, clinicienii trebuie să devină autori de experimente de laborator. Cea mai mare parte a vastelor activități consemnate de Erickson ar fi considerate inadmisibile în instanță. Nerespectarea acestor cerințe ar constitui o înșelătorie pasibilă cu urmărirea, conform prevederilor legii din Arizona.

Dar Arizona nu este singurul stat care dorește să implementeze astfel de legi restrictive, antiterapeutice, care se pretind a fi legi de protecție. Congresul și cîteva state analizează propuneri asemănătoare. Dacă nu vor fi respinse, astfel de legi pot amenința vitalitatea actuală a terapiei ericksoniene.

Sugestiile și influența

Pretutindeni pot fi întîlnite influențe. Sîntem bombardați cu sugestii nenumărate în fiecare zi. Unele sugestii ne motivează,

altele ne împiedică să acționăm. Urmăm unele sugestii, dar pe majoritatea le ignorăm. Motivul pentru care unele sugestii ne atrag atenția și ne influențează viețile, iar altele sînt neconvingătoare și nu ne afectează este unul dintre misterele vieții. Această idee este frumos surprinsă de Peter Shaffer în piesa sa distinsă cu premiul Tony, *Equus*, care are ca temă încercarea unui psihiatru de a înțelege de ce un grăjdar de 17 ani care iubește caii îi orbește dintr-odată pe șase dintre ei. Psihiatrul spune:

> Un copil se naște într-o lume de fenomene care au toate aceeași putere de a înrobi. Adulmecă – suge –, își aruncă privirea peste tot. Deodată, ceva lovește. De ce? Momentele se strîng unul într-altul ca magneții, înlănțuindu-l. De ce? Le pot identifica. În timp, pot chiar să le desfac. Dar de ce au ajuns să fie magnetizate de la început – doar acele anumite momente ale experienței și nu altele – nu știu. *Nimeni altcineva nu știe.* Totuși, *dacă* nu știu – dacă nu pot ști niciodată –, atunci ce caut aici? (p. 88).

Criticii terapiei argumentează că este un proces de influență morală impusă, prin care lideri extrem de persuasivi, charismatici sau autoritari își pot manipula și controla pacienții vulnerabili și sugestibili (Singer și Lalich, 1996; Ofshe și Watters, 1994). Acești critici compară terapia cu spălarea pe creier și cu controlul minții. După cum observă Singer și Lalich:

> Astfel, reforma gîndurilor este un efort conjugat de a schimba modul în care o persoană percepe lumea, fapt

> care îi va schimba comportamentul. Se diferențiază de alte tipuri de învățare socială prin cadrul în care este efectuată și prin tehnicile de manipulare a mediului și relațiilor interpersonale menite să suprime anumite comportamente și să stimuleze și să dezvolte alte comportamente (1995, p. 62).

Astfel de critici le creează terapeuților o problemă neobișnuită. Pentru a se apăra împotriva acestor afirmații, este natural să li se opună spunînd că terapeuții nu lucrează cu influența sau sugestia, ci mai degrabă dezvoltă independența și libertatea de alegere la pacienții lor. Un răspuns mai convingător recunoaște însă că terapia, la fel ca orice întîlnire interpersonală, este în mod natural un produs al influențelor sugestive. După cum observă Corrigan, Dell, Lewis și Schmidt:

> Practic, toate relațiile umane implică persoane care încearcă să se influențeze reciproc. Deși o mare parte din influență poate fi exercitată fără premeditare, influența deliberată și direcționată este obișnuită cînd oamenii încearcă să facă lucruri în colaborare cu alții, pentru alții sau unii altora. În relația de consiliere, consilierii încearcă să-i ajute pe clienți să efectueze o anumită schimbare la nivelul comportamentului, al atitudinilor, al valorilor sau al concepțiilor lor despre lume. Aceste încercări ar putea fi interpretate drept influențe voite, fie că un client sau consilier conceptualizează sau nu evenimentele ca atare (1980, p. 395).

Howard și Conway (1986) observă de asemenea:

> De ce se comportă oamenii așa cum o fac? Această întrebare reprezintă una dintre enigmele cele mai persistente din istoria intelectuală. Posibilitatea ca știința să dezvăluie parțial dezlegări ale acestui mister este titlul de creanță pe care se bazează toate științele umane.

Eroarea criticilor poate fi identificată cu ușurință. Ei presupun că tot ce spune sau face un terapeut este o sugestie irezistibilă care nu servește intereselor pacientului. În plus, ei ignoră aspectul fundamental al activității lui Erickson – fiecare persoană este unică. În schimb, criticii presupun că toți pacienții sînt foarte sugestibili și manipulați împotriva voinței lor. Cînd criticilor li se solicită dovezi științifice solide pentru a-și justifica opiniile, argumentele lor dispar (Brown, Scheflin și Whitfield, 1999).

În esență, nimeni nu vine la terapie spunînd: „Sînt perfect așa cum sînt. Nu mă schimbați”. Dimpotrivă, oamenii vin la vindecători deoarece sînt incapabili să se vindece singuri. Exact sugestii și influență își doresc, de asta au nevoie, cu condiția ca terapeuții să acționeze în interesul pacienților, și nu potrivit unei agende ascunse.

Concluzie

Terapia ericksoniană este un corpus amplu de tehnici bazate pe respectul pentru individualitatea pacientului și pe

complexitatea comunicării umane. După ce s-au bucurat de libertatea nestingherită de a se dezvolta și de a evolua, fundamentele sale sînt amenințate acum de o mișcare antiterapie care cuprinde întreaga țară, răzbunătoare ca un uragan texan. În ultimul deceniu, au apărut probleme fundamentale de ordin etic și medico-legal, care necesită răspunsuri noi. Dacă nu se răspunde acestor provocări, grandoarea învățămintelor lui Erickson despre vindecare va fi întinată inutil.

Cinci idei practice

► Mențineți-vă la curent cu restricțiile de ordin juridic din statul dumneavoastră cu privire la amintirile reîmprospătate prin hipnoză.

► Folosiți formulare de consimțămînt informat pentru a vă proteja, pe dumneavoastră și pe pacienți.

► Mențineți-vă la curent cu literatura de specialitate pe tema sugestiei și a sugestibilității, pentru a evita influența morală impusă.

► Folosiți instrumente obiective de testare ori de cîte ori este posibil, pentru a pune la dispoziție date științifice despre pacient.

► Consemnați detaliat aspectele care validează alegerea tratamentului, alternativele respinse și rezultatele.

Bibliografie

Alexander, G.J., Scheflin, A.W. (1998). *Law and mental disorder.* Durham, NC: Carolina Academic Press.

American Psychological Association (1995). APA resolution on „mental health consumer protection” acts (18 februarie).

Annas, G.J., Grodin, M.A. (1992). *The Nazi doctors and the Nuremberg code.* Oxford: Oxford University Press.

Brown, D., Scheflin, A.W., Hammond, D.C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law.* New York: Norton.

Brown, D., Scheflin, A.W., Whitfield, C.L. (primăvara 1999). Recovered memories: The current standard of evidence in science and in the courts. *Journal of Psychiatry & Law*, 27, 5-156.

Corrigan, J.D., Dell, D.M., Lewis, K.N., Schmidt, L.D. (1980). Counseling as a social influence process: A review. *Journal of Counseling Psychology Monograph*, 27(4), 395-441.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, J. (1993a). Milton H. Erickson: A brief biography. În *Jay Haley on Milton H. Erickson* (pp. 1-8). New York: Brunner/Mazel.

Haley, J. (1993b). Typically Erickson. În *Jay Haley on Milton H. Erickson* (pp. 176-199). New York: Brunner/Mazel.

Hammond, D.C. (1984). Myths about Erickson and Ericksonian hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 236-245.

Hammond, D.C., Garver, R.B., Mutter, C.B., Crasilneck, H.B., Frischholz, E., Gravitz, M.A., Hibler, N.S., Olson, J., Scheflin, A.W., Spiegel, H., Wester, W. (1995). *Clinical hypnosis and memory: Guidelines for clinicians and for forensic hypnosis.* Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis Press.

Horowitz, S. (1984). The doctrine of informed consent applied to psychotherapy. *Georgetown Law Journal*, 1637-1663.

Howard, G.S., Conway, C.G. (1986). Can there be an empirical science of volitional action? *American Psychologist*, 41(11),

1241-1251.

Hull, C.L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach.* New York: Appleton-Century-Crofts.

Ofshe, R., Watters, E. (1994). *Making monsters: False memories, psychotherapy, and sexual hysteria.* New York: Scribner's.

Saunders, L.S., Bursztajn, H.J., Brodsky, A. (1995). Recovery of memory and managed care: HB 236's post-*Daubert* „science" junket. *TBN*, 17 (primăvară).

Scheflin, A.W. (august 1993). Avoiding malpractice liability. *American Society of Clinical Hypnosis Newsletter*, 34(*1),* 6.

Scheflin, A.W. (1995). The current assaults on hypnosis and therapy. Canadian Society of Clinical Hypnosis, Alberta Division. *News & Views* (toamnă/iarnă).

Scheflin, A.W. (1996). Commentary on *Borawick v. Shay:* The fate of hypnotically retrieved memories. *Cultic Studies Journal*, 13, 26-41.

Scheflin, A.W. (1997a). False memory and Buridan's ass: A response to Karlin and Orne. *Cultic Studies Journal*, 14(2), 207-289.

Scheflin, A.W. (1997b). Ethics and hypnosis: Unorthodox or innovative therapies and the legal standard of care. În W. Matthews, J.H. Edgette (eds.), *Current thinking and research in brief therapy: Solutions, strategies, narratives* (pp. 41-62). New York: Brunner/Mazel.

Scheflin, A.W. (2001). Hypnosis and the courts: A study in judicial error. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 1, 101-111.

Scheflin, A.W. (2000). The evolving standard of care in the practice of trauma and dissociative disorder therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 197-334.

Scheflin, A.W., Shapiro, J.L. (1989). *Trance on trial.* New York: Guilford.

Scheflin, A.W., Spiegel, D. (decembrie 1998). From courtroom to couch: Working with false/repressed memory and avoiding lawsuits. *Psychiatric Clinics of North America – Diagnostic Dilemmas Part II*, 21(4), 847-867.

Shaffer, P. (1974). *Equus.* New York: Avon Books.

Simon, J. (toamna 1995). The highly misleading „Truth and Responsibility in Mental Health Practices Act": The „false memory" movement's remedy for a nonexistent problem. *Moving Forward*, 3, 11-21.

Singer, M.T., Lalich, J. (1995). *Cults in our midst: The hidden menace in our everyday lives.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Singer, M.T., Lalich, J. (1996). *„Crazy" therapies: What are they? Do they work?* San Francisco: Jossey-Bass.

Smith, S.R. (1991). Mental health malpractice in the 1990s. *Houston Law Review*, 28, 209-283.

State v. Mack (1980). 292 N.W. 2d 764 (Minnesota).

Yapko, M. (1983). A comparative analysis of direct and indirect hypnotic communication styles. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 270-276.

Zeig, J.K. (1985a). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J.K. (1985b). Ethical issues in hypnosis: Informed consent and training standards. În J.K. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. I: *Structures* (pp. 459-473). New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 11

Din nou, întrebarea: ce este hipnoza ericksoniană?

Michael D. Yapko

În 1986, am scris un capitol intitulat „Ce este hipnoza ericksoniană?” care urma să apară în lucrarea *Hypnosis: Questions and Answers*, editată de Zilbergeld, Edelstein și Araoz. Un ansamblu bine structurat de capitole cu o mare varietate de teme din domeniul hipnozei, scrise de clinicieni și cercetători respectați, cartea oferea numeroase perspective cu privire la multe aspecte ale utilizării calificate a hipnozei.

Acum, cu peste 12 ani mai tîrziu, am fost solicitat să actualizez și să extind capitolul original, în care încercam să structurez întru cîtva modalitatea cunoscută drept „hipnoza ericksoniană”. Misiunea a devenit și mai complicată, deoarece în 1986 activitatea inovativă a lui Milton H. Erickson, deși deja destul de populară, se afla încă la începuturi sub aspectul profunzimii înțelegerii contribuțiilor sale la practica clinică. O mare parte din filosofia și metodologia ericksoniene nu fusese încă articulată și existau foarte puține studii vizînd concepțiile

fundamentale ale lui Erickson și eficacitatea metodelor sale. Chiar și în prezent, deși literatura de specialitate relevantă din domeniul clinic și al cercetării continuă să se extindă, multe dintre diversele metode care au ajuns să fie numite ericksoniene nu sînt foarte bine înțelese. Voi încerca însă din nou să alcătuiesc o prezentare succintă a hipnozei ericksoniene. Totodată, voi încerca și să resping unele dintre cel mai des întîlnite concepții greșite vizînd abordarea ericksoniană.

Prezentare generală

Milton H. Erickson (1901-1980) a fost un clinician talentat care a elaborat perspective unice despre hipnoza clinică și psihoterapiile strategice, precum și aplicații extrem de creative ale acestora. La începuturile istoriei psihoterapiei, cînd majoritatea psihoterapeuților practicau ritualuri hipnotice relativ primitive și terapii psihodinamice pe termen lung, Erickson crea un stil de tratament radical diferit, atît sub aspectul obiectivelor, cît și al metodelor. El considera că terapia trebuie să fie mai degrabă scurtă, orientată pe rezultate, multidimensională și adaptată necesităților individului decît asociată cu o oarecare teorie elaborată, preferată întîmplător de clinician. Activitatea lui Erickson a inspirat o nouă generație de clinicieni să se intereseze de hipnoză și de aplicațiile valoroase pe care le poate avea în diverse contexte clinice (Haley, 1985, 1996).

Fundația Milton H. Erickson, înființată în Phoenix, Arizona, în 1979, a fost organizată pentru a promova metodele de pionierat ale lui Erickson prin instruire și cercetare clinică. Fundația organizează întruniri o dată la trei ani, în cadrul cărora sînt prezentate cele mai recente progrese din abordările ericksoniene. Aceste întruniri sînt extrem de populare; de obicei, la fiecare participă între o mie și două mii de specialiști, fiind cele mai mari acțiuni de acest tip organizate pe tema hipnozei clinice. (Reuniunea desfășurată între 8 și 12 decembrie 1999 a celebrat cea de-a 20-a aniversare a Fundației.) Interesul și aprecierea influenței lui Erickson în domeniul hipnozei și psihoterapiei sînt cu adevărat remarcabile. Iată cîteva comentarii despre Erickson de la colegii pe care i-a inspirat, fiecare dintre ei fiind considerat la rîndul său un contributor important în domeniu.

> *Jay Haley:* „Contemporanii lui Erickson îl considerau cel mai bun dintre egali. Eu îl consideram un om care își cunoștea meseria de terapeut. Depunea eforturi, o exersa, experimenta, inventa proceduri remarcabile” (comunicare personală, 1988; vezi Haley, 1996; Yapko, 1990).
>
> *William Kroger:* „Erickson era un om foarte modest; nu căuta niciodată să se preamărească pe sine. Atribui succesul tehnicilor sale cunoașterii profunde a naturii umane, unei solide psihologii eclectice vizînd specificul vieții cotidiene. Se ocupa de pacient cu tot sufletul; acesta era secretul său, pacienții simțeau empatia” (comunicare personală, 1987; vezi Yapko, 1990).
>
> *André Weitzenhoffer:* „Oamenii cu adevărat talentați – buni hipnotizatori – sînt foarte iscusiți. Au și alte aptitudini, nu

doar cea de a oferi o sugestie. Au aptitudini vizînd relațiile interpersonale, au capacitatea de a empatiza, de a stabili un raport pozitiv... Milton Erickson era extraordinar în toate aceste privințe, de asta era atît de bun. Avea talente veritabile" (comunicare personală, 1988; vezi Yapko, 1990).

Jeffrey K. Zeig: „Erickson avea ceva extraordinar. Poate că efectul său profund se datora sensibilității sale deosebite, respectului pentru om, intensității, vervei, unicității și bucuriei de a trăi în ciuda dificultăților. L-am văzut făcînd eforturi să dea tot ce avea mai bun și m-a inspirat să-mi doresc același lucru" (Zeig, 1985, p. 167).

Care sînt acele aspecte ale activității lui Erickson care au generat atîtea controverse și au inspirat atît de mult interes (și devotament) față de un stil mai puțin tradițional de practică clinică? Răspunsul la această întrebare aparent simplă este de fapt foarte complex. S-au scris zeci de cărți despre Erickson omul, Erickson teoreticianul inovator (care, paradoxal, a susținut o teorie despre motivele pentru care nu trebuie să ai teorii) și Erickson geniul și creatorul unor intervenții clinice remarcabile. Astfel, o analiză amănunțită a lui Erickson și a moștenirii sale depășește obiectivele acestui capitol. Mă voi axa în schimb pe cîteva principii ericksoniene fundamentale și voi analiza aspectele și tehnicile relevante.

Perspectiva naturalistă

Cea mai influentă contribuție a lui Erickson în domeniul hipnozei clinice este poate accentul pus pe „transa cotidiană”. Această contribuție a fost radicală în acea perioadă deoarece concepția dominantă în domeniu considera hipnoza o „stare specială” a conștiinței, separată și unică prin atributele sale de stările „obișnuite” ale conștiinței. Tradiționaliștii respingeau ideea de transă cotidiană, o idee pe care unii continuă să o dezaprobe din cauză că nu are o definiție precisă. (Vezi comentariile lui Weitzenhoffer pe acest subiect în Yapko, 1990.)

Capacitatea lui Erickson de a observa și de a demonstra fenomene hipnotice la persoane care nu se supuseseră unui ritual formal de inducție hipnotică a devenit un catalizator puternic pentru multe progrese esențiale din domeniu, inclusiv următoarele:

1. Studierea specificului de stare/non-stare a hipnozei (Chaves, 1997; Coe, 1992; Kihlstrom, 1992; McConkey, 1986; Spanos și Chaves, 1989).
2. Studiile privind valoarea relativă a sugestiilor directe, în comparație cu sugestiile indirecte (Kihlstrom, 1987; Lynn, Weekes, Matyi și Neufeld, 1988; Matthews și Mosher, 1988; Yapko, 1983, 1990).
3. Studiile vizînd amploarea diferențelor individuale dintre oameni la nivelul reacției la sugestia hipnotică (Bates, 1993; Council, Kirsch și Grant, 1996; Evans, 1991; Oakman, Woody și Bowers, 1996; Orne și Dinges, 1989).

4. Studii despre rolul influențelor contextuale în reactivitatea la hipnoză (Council și Kirsch, 1996; Kirsch și Council, 1992; Nadon, Hoyt, Register și Kihlstrom, 1991; Spanos, Arango și de Groot, 1993).

Aceste domenii de cercetare fructuoase au contribuit la rezolvarea unor aspecte (în sens relativ, nu absolut, desigur), dar nu și a altora. În general, ideile lui Erickson au avut un parcurs bun în literatura de specialitate. De exemplu, există acum un consens amplu cu privire la faptul că hipnoza este un fenomen atît interpersonal, cît și intrapersonal și că variabilele relaționale și contextuale sînt factori determinanți semnificativi ai reactivității la hipnoză, după cum susținea Erickson (Lynn și Rhue, 1991). În plus, este acceptat acum pe scară largă faptul că nu trebuie să aibă loc o formă rituală de inducție pentru a apărea reactivitatea hipnotică. Fenomenele hipnotice pot apărea spontan într-o diversitate de contexte, ceea ce se și întîmplă, chiar fenomene hipnotice complexe, precum analgezia (Chaves, 1993; Coe, 1992; Matthews și Edgette, 1997). Deși sintagma globală „transă cotidiană” poate fi criticată fiindcă nu are delimitări definitorii, este clar că opiniile generale ale lui Erickson cu privire la fenomenele hipnotice erau adecvate.

O incertitudine mai amplă vizează noțiunea de hipnotizabilitate ca trăsătură maleabilă, după cum părea să creadă Erickson. Studiile au evidențiat rezultate diferite în această privință, generînd o oarecare susținere pentru hipnotizabilitate atît ca trăsătură fixă (Banyai, 1991; Hilgard, 1991), cît și ca trăsătură care poate fi modificată (Bertrand, 1989; Gfeller, 1993). În pofida îndoielilor unor cercetători asupra faptului că hipnotizabilitatea poate fi modificată, mulți

alți cercetători și clinicieni eminenți au raportat o reactivitate crescută coroborată cu abordările mai individualizate și mai flexibile, care evidențiază așteptările pozitive și realiste legate de hipnoză (Alman și Lambrou, 1992; Chaves, 1993; Barber, 1991; Spanos, 1986; Spanos, Arango și de Groot, 1993).

În sfîrșit, o contribuție majoră a lui Erickson a fost posibilitatea folosirii sugestiei indirecte ca pe o completare a sugestiei directe sau chiar ca înlocuitor al acesteia. Multe persoane și-au creat o impresie greșită cu privire la activitatea lui Erickson pe această temă, sugerînd că era mereu indirect și metaforic în calitate de terapeut și profesor. Acest fapt nu este deloc adevărat și nimic nu ilustrează mai bine cît de direct și autoritar putea fi Erickson decît propriile sale descrieri de cazuri și transcrieri ale terapiilor (Grodner, 1986; Rossi, 1980; Zeig, 1980b).

Nu s-a pus niciodată problema – după cum incorect au afirmat unii – dacă sugestiile directe au un efect mai puternic sau mai redus comparativ cu sugestiile indirecte. Pe baza acestei gîndiri dihotomice nefericite, în domeniul hipnozei a apărut o polarizare arbitrară și inutilă; practicienii chiar își „aleg tabăra”, evidențiind în scrierile lor și în activitatea academică fie abordări exclusiv directe, fie exclusiv indirecte. Astfel a apărut o schismă artificială și inhibitoare, care îi separă pe ericksonieni de tradiționaliști. *Există* diferențe între premise și metode între modelele hipnozei, după cum sugerăm în *tabelul 11.1*, dar ideea care s-a impus acum cu claritate este că *toate tipurile de sugestii sînt valoroase într-un anumit caz*. Practica realizată competent implică adaptarea unei metode la caracteristicile unice ale unui pacient, indiferent ce stil și ce abordare preferă terapeutul (Bloom,

1997; Grodner, 1986). Astfel, un clinician iscusit va fi capabil să comunice informații și perspective relevante într-un ansamblu de structuri și de stiluri (Yapko, 1984). Acest concept constituie fundamentul abordării ericksoniene numite „utilizare”. Jeffrey K. Zeig, fondatorul și directorul Fundației Milton H. Erickson, a definit succint utilizarea în felul următor: „Utilizarea este disponibilitatea terapeutului de a reacționa strategic la toate și la fiecare din aspectele pacientului și ale mediului pacientului” (Zeig, 1997, p. 164).

Abordarea prin utilizare a lui Erickson

Hipnoza ericksoniană se bazează pe o serie de principii, toate fiind implicite în această formulă călăuzitoare a intervențiilor ericksoniene: „Acceptă și utilizează”. Aceasta este esența abordărilor ericksoniene cunoscute sub denumirea colectivă de abordare prin utilizare (Erickson și Rossi,1979). *Tabelul 11.1* prezintă o comparație a abordărilor lui Erickson cu cele ale modelelor tradiționale și standardizate de hipnoză. Formula „acceptă și utilizează” și principiile sale asociate sînt descrise în continuarea acestei secțiuni:

1. *Fiecare persoană este unică*. Deși toți clinicienii recunosc acest fapt în principiu (Grodner, 1986), standardizarea abordărilor hipnotice (de exemplu, folosirea aceleiași abordări cu pacienți diferiți) exclude recunoașterea sa la nivelul practicii. Abordările ericksoniene necesită spontaneitate și utilizarea resurselor unice ale pacientului,

a istoriei sale personale și a reacțiilor sale specifice la clinician (Yapko, 1985, 1990, 1995). Astfel, este imposibilă prestabilirea unor scenarii elaborate în stil ericksonian.

2. *Experiența pacientului este valabilă pentru acesta.* Prin acceptarea experienței pacientului ca pe produsul valabil al alegerilor acestuia, atît conștiente, cît și inconștiente, rezistența sa poate fi utilizată. Ceea ce este numit în mod tradițional „rezistență” în alte modele este acceptat în abordarea ericksoniană ca o informație utilă care descrie limitele experienței pacientului. Este mai degrabă respectată decît abordată antagonic sau interpretată ca fiind indezirabilă.
3. *Orice persoană se raportează la experiențele continue din propriul său cadru de referință.* În mod obișnuit, toți oamenii proiectează semnificații asupra experiențelor curente, bazîndu-se pe propria lor gamă de cunoștințe și experiențe anterioare. Astfel, reacțiile idiosincratice la hipnoză și psihoterapie nu sînt doar permise, ci și anticipate și considerate componente integrale ale procesului de tratament. Asociațiile subiective unice ale pacientului constituie elementul central al tratamentului; perturbarea asociațiilor indezirabile și crearea unor asocieri noi, pozitive, reprezintă obiectivele clinicianului. Erickson avea dreptate; studiile ulterioare au arătat că nu hipnoza este terapeutică, ci noile asocieri ale pacientului generate pe parcursul hipnozei (Lankton și Lankton, 1983; Fromm și Nash, 1992).
4. *Alăturați-vă pacientului în cadrul său de referință.* O modalitate prin care se manifestă formula „acceptă și utilizează” o constituie acceptarea de către clinician a

concepțiilor și experiențelor pacientului și utilizarea acestora în terapie. Folosirea limbajului pacientului este o altă astfel de manifestare.

5. *Inconștientul are resurse utilizabile, este capabil să genereze reacții pozitive și este modelat de experiență*. Spre deosebire de concepțiile care privesc inconștientul ca fiind negativ, aleatoriu și necesitînd vindecare, Erickson a caracterizat inconștientul drept un depozit de învățăminte existențiale valoroase, care pot fi avantajoase dacă sînt mobilizate adecvat (Zeig, 1980b). Astfel, el presupunea în mod optimist (*prea* optimist, în opinia mea) că fiecare persoană are deja în sine resursele necesare unei schimbări semnificative (Grodner, 1986). Erickson avea mare încredere în capacitatea inconștientului de a călăuzi viața omului într-un mod util, de a reglementa fluxul informațional în conformitate cu ceea ce poate gestiona efectiv persoana și de a o ajuta în general să-și gestioneze viața. Erickson avea încredere că informațiile utile puse la dispoziția inconștientului prin hipnoză pot fi integrate în modalități orientate spre obiective, mai ales cînd informațiile stimulau asocierile interne adecvate, adică gîndurile și sentimentele cele mai semnificative, inclusiv amintirile și valorile (Bloom, 1997; Edgette și Edgette, 1995).

Tabelul 11.1.
Comparație între concepțiile principalelor modele ale hipnozei: principii generale

Variabilă	Model tradițional	Model standardizat	Model ericksonian (utilizare)
Abordare individualizată?	Nu	Nu	Da
Concepție naturalistă despre hipnoză?	Nu	Nu	Da
Tehnici naturaliste?	Nu	Nu	Da
Comportamentul hipnotizatorului?	Autoritar	Autoritar sau permisiv	Autoritar sau permisiv
Stilul de sugestionare folosit?	Direct	Direct	Direct sau indirect
Gradul de docilitate necesar?	Ridicat	Ridicat	Scăzut
Cum este distribuită puterea în cadrul relației?	Inegal, în favoarea hipnotiza-torului	Inegal, în favoarea clientului	Egal
Orientare spre conținut sau spre proces?	Conținut	Conținut	Spre fiecare în parte sau spre ambele
Cine poate experimenta hipnoza în mod semnificativ?	Unii oameni	Unii oameni	Toți oamenii
Sursa rezistenței?	Intra-personală	Intra-personală	Intraperso-nală sau interpersonală
Reacția la rezistență?	Confruntare sau interpretare	Confruntare sau interpretare	Utilizare
Se pune accent pe profunzimea hipnotică?	Da	Da	Nu
Utilizează teste formale de sugestibilitate?	Da	Da	Nu
Structura procesului?	Liniară	Liniară	Mozaicată
Valoarea relativă a observațiilor?	Scăzută	Scăzută	Scăzută
Concepția despre intențiile simptomelor?	Negativă	Negativă	Pozitivă
Etiologia simptomelor?	Intraper-sonală	Intraper-sonală	Intraperso-nală sau interpersonală
Abordare simptomatică *vs* dinamică?	Fiecare dintre ele sau ambele	Simpto-matică	Fiecare dintre ele sau ambele

Sînt recunoscute beneficiile de ordin secundar?	Nu	Nu	Da
Caracterizarea inconștientului?	Negativă	Negativă	Neutră (capabilă de + sau de –)
Rolul inconștientului?	Reactiv	Reactiv	Activ

Hipnoza ericksoniană

Hipnoza ericksoniană este dificil de înțeles fără a ține cont de tiparele ample ale psihoterapiei ericksoniene care oferă contextul utilității ei. În cele ce urmează, ne vom axa însă doar pe utilizarea hipnozei de către Erickson.

Metodele hipnotice ale lui Erickson au fost descrise adesea drept indirecte. De fapt, după cum am afirmat mai devreme, multe dintre ele erau indirecte, dar nu în mod exclusiv. Erickson putea avea o manieră foarte directă și autoritară, mai ales cînd pacienții săi erau deschiși și reacționau față de el (Yapko, 1983, 1990, 1995). În general însă, metodele lui Erickson aveau tendința să fie mai puțin directe, deoarece obiectivul său era de obicei să permită pur și simplu posibilitatea unui răspuns, în loc să solicite unul în mod direct (Zeig, 1980b). Astfel, el sugera moduri în care pacientul poate reacționa semnificativ, apoi accepta și utiliza orice oferea pacientul drept răspuns (Erickson și Rossi, 1979, 1981).

Abordările ericksoniene ale hipnozei au fost caracterizate drept naturaliste (conversaționale). Folosirea acestei abordări nu implică necesitatea identificării începutului procedurii hipnotice în mod fățiș; clinicianul poate mai degrabă să implice pur și simplu pacientul într-o interacțiune care îl absoarbe, ajutîndu-l să se concentreze în interior asupra

potențialelor, resurselor și asocierilor subiective care se întîmplă să apară pe parcursul procesului. Aceasta este faza inducției hipnotice, cu obiectivul implicit de a facilita diminuarea dependenței de procesele conștiente (alterînd astfel cadrul obișnuit de referință al unei persoane) și amplificarea sugestibilității hipnotice. Ghidarea strategică a experienței pacientului în moduri terapeutice, prin introducerea deliberată și atentă de noi informații, puncte de vedere și alte metode de întrerupere a tiparelor, devine faza terapiei sau faza utilizării hipnotice (Erickson și Rossi, 1979, 1981). În practica clinică, etapele interacțiunii hipnotice sînt definite mult mai puțin categoric decît în abordările mai tradiționale și mai structurate (Haley, 1973; Yapko, 1990, 1995, 1996).

În majoritatea tiparelor hipnotice ale lui Erickson este evidentă facilitarea prin metoda sa naturalistă atît a stării hipnotice, cît și a diverselor fenomene hipnotice. Sub aspectul tehnicii, aceasta implică descrierea unor contexte interesante, dar de rutină, în care pot să apară de obicei reacțiile hipnotice, fără ca pacientul să se fi gîndit la ele în acest mod. Clinicianul care folosește o abordare conversațională a inducției poate descrie în mod simplu, dar semnificativ o situație în care o persoană intră spontan în hipnoză. Concomitent cu verbalizările, clinicianul poate evidenția nonverbal anumite idei (proces numit „marcare” sau „încastrare” a sugestiilor) prin utilizarea gesturilor sau a modificărilor de ritm sau tonalitate. Ca exemplu, în următorul proces de inducție prin conversație sînt descrise calitățile de inducție a transei ale privitului unui foc.

> …Iarna trecută a fost foarte frig… și adesea am fost atît de recunoscător pentru simpla plăcere de a avea un șemineu… șemineele sînt atît de liniștitoare iarna… poate că știți asta din proprie experiență… fiindcă *ți-e atît de cald și te simți atît de confortabil…* cînd *îți faci timp să stai pur și simplu liniștit și știi cum să faci ca să te poți relaxa profund…* și *poți ședea atît de comod…* și știi cum să faci ca să te simți bine… iar focul poate fi atît de frumos… îl privești ore în șir și parcă trec doar cîteva minute… deoarece culorile sînt atît de fascinante… și este atît de liniștitor să contempli cum arde lemnul în ritmuri diferite, în zone diferite […].

Stabilirea unui punct de concentrare intern și inspirarea unei reactivități sporite la îndrumările clinicianului sînt principalele scopuri ale inducției hipnotice. Acestea pot fi realizate printr-o varietate de metode, cum ar fi: (1) rememorarea experiențelor hipnotice informale anterioare, ca în exemplul cu șemineul; (2) rememorarea experiențelor hipnotice formale anterioare („Vă amintiți cu detalii clare care a fost cea mai satisfăcătoare experiență a dumneavoastră cu hipnoza… cum anume stăteați, ce imagini relaxante ați văzut” etc.); (3) utilizarea sugestiilor negative cînd vreți să folosiți rezistența unui pacient care reacționează în manieră contrară („Nu trebuie să stați comod… și nici măcar nu trebuie să vă gîndiți să vă permiteți experiența calmantă de a închide ochii și de a vă lăsa mintea să plutească” etc.) (Yapko, 1990).

Pentru a facilita un anumit fenomen hipnotic, poate fi descris pur și simplu un context natural în care survine tipul de răspuns dorit, creînd posibilitatea acelui răspuns la

pacient, în timp ce acesta este încurajat să se raporteze din punctul de vedere al experienței cu descrierea respectivă (Edgette și Edgette, 1995; Zeig, 1980a, 1980b, 1982). De exemplu, pentru a facilita regresia vîrstei, i se poate spune pacientului:

> ...Recent, am avut experiența de a vizita orașul în care am crescut... și a fost foarte interesant *să mă întorc în timp și să retrăiesc amintiri importante din copilărie...* am redevenit conștient de amintiri pe care le uitasem de mult... și a fost atît de plăcut *să-mi amintesc experiențe plăcute...* o petrecere aniversară de cînd eram mic... un prieten de la școală... un eveniment important care a avut un mare impact asupra a ceea ce sînt eu astăzi... și *tu poți să ai aceeași experiență...*

În acest exemplu care sugerează posibilitatea regresiei de vîrstă, pacientul este orientat cu blîndețe spre o experiență din trecut, într-un mod neamenințător la adresa persoanei, diminuînd sau eliminînd astfel necesitatea reacțiilor defensive. Se creează posibilitatea ca pacientul să se gîndească la amintiri de la începutul copilăriei. Amintirile specifice care devin apoi elementul central al interacțiunii depind de alegerea personală, derivată dintr-o combinație de factori personali, interpersonali și situaționali (Yapko, 1990, 1995). Alegerea pacientului este acceptată și informația este utilizată în modul considerat util de clinician.

Ca strategie generală de dobîndire a aptitudinilor de efectuare a hipnozei ericksoniene, recunoașterea fenomenelor hipnotice care apar pe parcursul vieții cotidiene va oferi numeroase posibilități de facilitare naturalistă a unor

astfel de fenomene la pacienți (Edgette și Edgette, 1995). Descrierile fascinante ale detaliilor senzoriale ale contextului în care reacția hipnotică este evidentă pot stimula asocierile inconștiente ale pacientului, permițîndu-i să se raporteze la experiență într-un mod personal, experiențial (Watzlawick, 1978; Zeig, 1980b). Erickson era un susținător al ideii că oamenii dispun de multe resurse valoroase la care pot apela, cu condiția să se „conecteze” la acestea. Hipnoza este un mijloc strategic de facilitare a acestui proces (Bloom, 1997; Grodner, 1986; Lankton, 1986; Lankton și Lankton, 1989).

Principalul vehicul al metodelor sale indirecte era anecdota, numită adesea în literatura despre Erickson „metafora terapeutică”. Evidentă în exemplul anterior de inducție și utilizare, metoda anecdotei implică nararea unei povești care poate conține mesaje semnificative la niveluri multiple de conștientizare (Barker, 1985). Erickson a observat că, atunci cînd pacienții își prezentau problema clinicienilor, aceștia comunicau inevitabil la mai multe niveluri; există o semnificație de suprafață a cuvintelor alese de ei, dar există și o realitate subiacentă referitoare la ceea ce pacientul vrea să spună „cu adevărat” sau ceea ce simbolizează „cu adevărat” simptomul (Zeig, 1980a, 1980b).

Erickson credea că, în loc să încerce să promoveze doar conștientizarea semnificațiilor la nivel mai profund ale comunicărilor pacienților, limitîndu-se astfel la un singur nivel (și, în concepția lui, cel mai limitat nivel), cel individual, clinicianul poate comunica și la niveluri multiple, inclusiv la unele situate în afara conștientizării (Zeig, 1980b). Acesta este fundamentul conceptual al metodelor narative ale lui Erickson. În plus, folosirea anecdotelor pentru a transmite un

mesaj îi permite pacientului să integreze mesajul în mod experiențial, plasînd învățarea relevantă într-un context interesant și de obicei realist al experienței umane, făcîndu-l astfel mult mai real și mai semnificativ emoțional pentru pacient. Învățămintele semnificative sub aspect emoțional permit șanse mai mari de integrare a informațiilor, comparativ cu cele mai puțin semnificative (Lankton, 1986).

Poveștile (1) încurajează pacientul să se identifice activ cu narațiunea, deoarece aceasta este introdusă într-un mod care sugerează că este relevantă pentru necesitățile pacientului; (2) încurajează pacientul să învețe în mod activ din experiențele altora; (3) poate diminua rezistența, deoarece pacientul este încurajat să reacționeze la poveste oricum dorește, fără să i se solicite o reacție anume; (4) oferă o modalitate memorabilă și semnificativă de a integra învățături noi (Barker, 1985; Lankton și Lankton, 1989; Zeig, 1980b).

Poveștile pot fi spuse pentru a induce hipnoza, pentru a facilita anumite fenomene hipnotice, pentru a sugera rezolvări la probleme și pentru a ataca dinamica inconștientă a unei probleme fără a încuraja sau promova neapărat înțelegerea cauzelor ei, precum și în multe alte scopuri semnificative. Lankton (1986) a încurajat folosirea metaforelor pentru a restructura atitudini, pentru a încuraja descărcarea afectivă și a spori flexibilitatea emoțională și pentru a facilita schimbarea comportamentului. De asemenea, a descris folosirea sugestiilor deschise pentru a crea posibilități, acestea fiind preferabile sugestiilor închise, care pot fi restrictive în mod inutil.

Dacă metoda indirectă a anecdotelor este cu siguranță una dintre principalele contribuții ale lui Erickson la procedura

hipnotică, există și alte tipare hipnotice tipic ericksoniene care merită luate în considerare la rîndul lor. Printre acestea se numără tehnica presărării (interspersal technique) și metodele confuziei.

Tehnica presărării implică folosirea anumitor cuvinte sau sintagme în contextul mai amplu al unei conversații de rutină sau a unei metafore terapeutice care, prin repetiție, au rolul de a facilita apariția unor noi asocieri la pacient (Erickson, 1966; Erickson și Rossi, 1979, 1981; Otani, 1990). De exemplu, dacă un clinician vrea să faciliteze așteptarea unor schimbări pozitive („formarea așteptărilor”), poate insera sugestii care să orienteze pacientul în direcția respectivă, după cum urmează:

> ...Ați venit aici sperînd că voi spune sau voi face ceva care... v-ar putea face să vă simțiți mai bine... și v-ar plăcea și *vă puteți aștepta să vă simțiți mai bine...* și *ca lucrurile să se îmbunătățească surprinzător de rapid...* și nu știați ce anume voi spune... sau ce voi face... și ați uitat că deja ați trecut *prin atîtea schimbări pozitive pe care vi le puteți aminti...* și *schimbarea este inevitabilă...* și nu puteți opri progresul... știți că v-ați schimbat... și *vă puteți aștepta la mai multe schimbări...* fără ca măcar să faceți eforturi... *vă schimbați părerea... vă schimbați sentimentele... vi se schimbă* norocul... apar *schimbări și la niveluri mai profunde...*

În acest exemplu, sînt întrețesute referiri multiple la posibilitatea și probabilitatea schimbării, în tentativa de a crea un elan terapeutic bazat pe așteptări pozitive. De

asemenea, în acest exemplu sînt evidente alte strategii verbale cum ar fi presupunerile, disocierile, sugestiile posthipnotice indirecte, truismele și sugestiile cu răspuns deschis (Erickson și Rossi, 1979, 1981; Yapko, 1990). Astfel de strategii sînt tipice abordării ericksoniene, care evidențiază utilizarea creativă atît a tiparelor verbale, cît și nonverbale. Printre tiparele nonverbale se numără „marcarea" sugestiilor, modelarea (comportarea în maniera dorită de pacientul hipnotizat, cum ar fi nemișcarea, atenția fixă sau acțiuni care completează ori contrazic semnalele nonverbale dinspre pacient) și utilizarea variațiunilor dinamice ale vocii pentru a facilita integrarea mesajelor verbale (Yapko, 1990, 1995).

Metodele de inducere a confuziei au drept scop întreruperea tiparelor obișnuite conform cărora pacientul procesează experiența (Erickson și Rossi, 1979; Gilligan, 1987). Se știe că, atunci cînd cineva este sigur cu privire la ceva, este foarte dificil să fie indusă o schimbare de atitudine. Metodele de inducere a confuziei au scopul de a-i inspira pacientului o stare de incertitudine, ca modalitate de introducere a posibilității schimbării (Erickson, 1964). Printre astfel de metode se pot număra suprasolicitarea senzorială (cum ar fi folosirea unor idei sau surse de informații multiple, complexe, care copleșesc capacitatea pacientului de a le procesa în mod conștient) sau întreruperea tiparelor (introducerea unui comportament nou sau a unei idei noi care perturbă secvența obișnuită de reacție a pacientului, astfel încît respectivului îi este dificil sau imposibil să obțină rezultatul obișnuit, indezirabil). De obicei, metodele de inducere a confuziei dezorientează persoana, facilitînd căutarea interioară (fiind astfel utile fie în inducția hipnotică, fie în utilizarea hipnotică)

în încercarea de a înțelege ideile sau cerințele posibil purtătoare de sens, dar generatoare de confuzii (Gilligan, 1987). Cînd pacientul se axează pe limbajul clinicianului, semnificațiile mai profunde ale sugestiilor integrate pot intra în acțiune. Clinicianul poate presăra sugestii semnificative de-a lungul afirmațiilor derutante, conferind acelor sugestii mai importante o claritate și o semnificație sporite, prin crearea unui contrast cu fundalul generator de confuzie. În exemplul următor, o metodă de inducere a confuziei este folosită cu scopul de a facilita o amnezie hipnotică structurată:

> …și după ce învățați ce veți învăța astăzi despre dumneavoastră… aveți șansa să decideți la un nivel mai profund… cît de mult ați vrea să vă amintiți… iar mintea dumneavoastră conștientă poate ști la un nivel… iar inconștientul dumneavoastră poate ști la un nivel mai profund… și vă puteți aminti ceea ce vreți să vă amintiți… și *amintiți-vă să uitați* ceea ce ați vrea să uitați… iar cînd *vă amintiți să uitați* ceea ce ați vrea să *uitați să vă amintiți*… puteți să vă amintiți să uitați ceea ce ați uitat să uitați cînd vă dați seama la nivel profund de faptul că a vă aminti *să vă amintiți să uitați* că nimeni nu trebuie să-și amintească să învețe ceea ce a venit aici să învețe, *uitînd să-și aducă aminte* învățămintele nesemnificative și uitate care pot însemna mult…

Pe măsură ce pacientul încearcă să-și clarifice sugestiile generatoare de confuzie care însoțesc ideile de rememorare și uitare, sînt accesate chiar aceste două procese. Pacientul poate alege ce grad de rememorare sau de uitare îi este cel mai

benefic. Și, după cum arată destul de clar studiile, amnezia spontană este o reacție rară, ceea ce sugerează că oamenii își pot aminti experiențele hipnotice dacă decid să facă asta (Simon și Salzberg, 1985).

Concluzie

Erickson nu a promovat un model teoretic specific și detaliat al personalității sau al intervenției clinice. Concepția sa teoretică evidenția necesitatea de a reacționa la unicitatea fiecărei persoane. Astfel, „hipnoza ericksoniană”, ca stil, poate fi caracterizată mai bine prin flexibilitatea formulei generale „acceptă și utilizează” decît prin orice abordare hipnotică sau psihoterapeutică specifică.

În această descriere a activității lui Erickson a fost accentuat felul în care clinicianul își asuma un rol flexibil, dar activ în ghidarea parcursului tratamentului spre soluții, chiar și cînd metodele indirecte sînt considerate ca avînd cele mai mari șanse de succes. Marea varietate a tiparelor de hipnoză ericksoniene implică o utilizare sofisticată a structurilor lingvistice și cognitive care sînt tot mai bine descrise în literatura clinică și de cercetare. Această literatură necesită o analiză lipsită de prejudecăți, atentă din partea practicantului serios al hipnozei clinice.

Strategiile verbale și nonverbale creative folosite de clinicienii moderni și derivate din opera lui Erickson, precum și numeroasele sale observații privind fenomenele hipnotice,

care ne-au ajutat să înțelegem mai bine hipnoza, atestă pe termen lung importanța contribuției lui Erickson la acest domeniu.

Bibliografie

Alman, B., Lambrou, P. (1992). *Self-hypnosis: The complete manual for health and self-change* (ed. a II-a). New York: Brunner/Mazel.

Banyai, E. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. În S. Lynn, J. Rhue (eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 564-598). New York: Guilford.

Barber, J. (1991). The locksmith model: Accessing hypnotic responsiveness. În S. Lynn, J. Rhue (eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 241-274). New York: Guilford.

Barker, P. (1985). *Using metaphors in psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Bates, B. (1993). Individual differences in response to hypnosis. În J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 23-54). Washington, DC: American Psychological Association.

Bertrand, L. (1989). The assessment and modification of hypnotic susceptibility. În N. Spanos, J. Chaves (eds.), *Hypnosis: The cognitive-behavioral perspective* (pp.18-31). Buffalo, NY: Prometheus.

Bloom, P. (1997). How does a non-Ericksonian integrate Ericksonian techniques without becoming an Ericksonian? În W. Matthews, J. Edgette (eds.), *Current thinking and*

research in brief therapy: Solutions, strategies, narratives (pp. 65-77). New York: Brunner/Mazel.

Chaves, J. (1993). Hypnosis in pain management. În J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 511-532). Washington, DC: American Psychological Association.

Chaves, J. (1997). The state of the „state" debate in hypnosis: A view from the cognitive-behavioral perspective. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45(i), 251-265.

Coe, W. (1992). Hypnosis: Wherefore art thou? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 219-237.

Council, J., Kirsch, I. (1996). Explaining context effects: Expectancy and consistency. *Contemporary Hypnosis*, 13, 29-32.

Council, J., Kirsch, I., Grant, D. (1996). Expectancy, imagination, and hypnotic susceptibility. În R. Kunzendorf, B. Wallace, N. Spanos (eds.), *Imagination and hypnosis* (pp. 41-65). Amityville, NY: Baywood.

Edgette, J., Edgette, J. (1995). *The handbook of hypnotic phenomena in psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M. (1964). The confusion technique in hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 183-207.

Erickson, M. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198-209.

Erickson, M., Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Erickson, M., Rossi, E. (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered states.* New York:

Irvington.
Evans, F. (1991). Hypnotizability: Individual differences in dissociation and the flexible control of psychological processes. În S. Lynn, J. Rhue (eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 144-168). New York: Guilford.
Fromm, E., Nash, M. (eds.) (1992). *Contemporary hypnosis research.* New York: Guilford.
Gfeller, J. (1993). Enhancing hypnotizability and treatment responsiveness. În J. Rhue, S. Lynn, I. Kirsch (eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 235-249). Washington, DC: American Psychological Association.
Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.
Grodner, B. (1986). Learning Erickson's methods. În B. Zilbergeld, M. Edelstein, D. Araoz (eds.), *Hypnosis: Questions and answers* (pp. 248-251). New York: Norton.
Haley, J. (1973). *Uncommon therapy.* New York: Norton.
Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. I-III. New York: Triangle Press.
Haley, J. (1996). *Jay Haley on Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.
Hilgard, E. (1991). A neodissociation interpretation of hypnosis. În S. Lynn, J. Rhue (eds.), *Theories of hypnosis: Current models and perspectives* (pp. 235-249). Washington, DC: American Psychological Association.
Kihlstrom, J. (1987). The cognitive unconscious. *Science*, 237, 1445-1452.

Kihlstrom, J. (1992). Hypnosis: A sesquicentennial essay. *International Journal of Clinical Hypnosis*, 40, 301-314.

Kirsch, I., Council, J. (1992). Situational and personality correlates of hypnotic susceptibility. În E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary hypnosis research* (pp. 267-291). New York: Guilford.

Lankton, C., Lankton, S. (1983). *The answer within: A clinical frame of Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lankton, C., Lankton, S. (1989). *Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lankton, S. (1986). Choosing the right metaphors for particular clients. În B. Zilbergeld, M. Edelstein, D. Araoz (eds.), *Hypnosis: Questions and answers* (pp. 261-267). New York: Norton.

Lynn, S., Rhue, J. (eds.) (1991). *Theories of hypnosis: Current models and perspectives.* New York: Guilford.

Lynn, S., Weekes, J., Matyi, C., Neufeld, V. (1988). Direct versus indirect suggestions, archaic involvement, and hypnotic experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 97*(*3), 296-301.

Matthews, W., Edgette, J. (eds.) (1997). *Current thinking and research in brief therapy: Solutions, strategies, narratives.* New York: Brunner/Mazel.

Matthews, W., Mosher, D. (1988). Direct and indirect hypnotic suggestion in a laboratory setting. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis,* 5(2), 63-71.

McConkey, K. (1986). Opinions about hypnosis and self-hypnosis before and after hypnotic testing. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 311-319.

Nadon, R., Hoyt, I., Register, P., Kihlstrom, J. (1991). Absorption and hypnotizability: Context effects re-examined. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 144-153.

Oakman, J., Woody, E., Bowers, K. (1996). Contextual influences on the relationship between absorption and hypnotic ability. *Contemporary Hypnosis*, 13, 19-28.

Orne, M., Dinges, D. (1989). Hypnosis. În H. Kaplan, B. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (ed. a V-a, pp. 1501-1516). Baltimore: Williams & Wilkens.

Otani, A. (1990). Structural characteristics and thematic patterns of interspersal techniques of Milton H. Erickson: A quantitative analysis of the case of Joe. În S. Lankton (ed.), *Ericksonian monographs, no. 7: The broader implications of Ericksonian therapy* (pp. 40-50). New York: Brunner/Mazel.

Rossi, E. (ed.) (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. I-V. New York: Irvington.

Simon, M., Salzberg, H. (1985). The effect of manipulated expectancies on posthypnotic amnesia. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33, 40-51.

Spanos, N. (1986). Hypnosis and the modifications of hypnotic susceptibility: A social-psychological perspective. În P. Naish (ed.), *What is hypnosis? Current theories and research* (pp. 85-120). Milton Keynes, England: Open University Press.

Spanos, N., Arango, M., de Groot, H. (1993). Context as a moderator in relationships between attributed variables and hypnotizability. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 71-77.

Spanos, N., Chaves, J. (1989). Hypnotic analgesia, surgery and reports of nonvolitional pain reduction. *British Journal of*

Experimental and Clinical Hypnosis, 6, 131-139.

Watzlawick, P. (1978). *The language of change.* New York: Basic Books.

Yapko, M. (1983). A comparative analysis of direct and indirect hypnotic communication styles. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 270-276.

Yapko, M. (1984). Implications of the Ericksonian and neurolinguistic programming approaches to responsibility of therapeutic outcomes. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 137-143.

Yapko, M. (1985). The Erickson hook: Values in Ericksonian approaches. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. I: *Structures* (pp. 266-281). New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. (1986). What is Ericksonian hypnosis? În B. Zilbergeld, M. Edelstein, D. Araoz (eds.), *Hypnosis: Questions and answers* (pp. 223-231). New York: Norton.

Yapko, M. (1990). *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis* (ed. a II-a). New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. (1995). *The essentials of hypnosis.* New York: Brunner/Mazel.

Yapko, M. (1996). Hypnosis: Treatment in a trance. *Encyclopedia Britannica Medical and Health Annual,* 366-370.

Zeig, J. (1980a). Symptom prescription and Ericksonian principles of hypnosis and psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 16-22.

Zeig, J. (ed.) (1980b). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1982). *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1997). Experiential approaches to clinician development. În J. Zeig (ed.), *The evolution of psychotherapy: The third conference* (pp. 161-177). New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 12

Poziția filosofică a psihoterapeutului ericksonian

Michele K. Ritterman

Pe parcursul celor șapte ani în care am călătorit adesea la Phoenix pentru a studia cu Milton Erickson, m-au interesat cel mai mult principiile care îi călăuzeau activitatea, îndeosebi filosofia despre viață. În acest capitol voi evidenția ceea ce am selectat din acele valori, împărtășind cu cititorii acele fragmente din interacțiunile mele cu Erickson care dezvăluie convingerile sale despre natura umană.

La prima mea întîlnire cu Erickson am primit prima mea lecție de filosofie. Înainte de acea vizită, îmi făcusem „temele”. Citisem tot ce publicase profesorul meu, Jay Haley, despre activitatea lui Erickson; studiasem înregistrarea video a unei sesiuni ericksoniene realizată de Herb Lustig și îi adaptasem abordările la clienții pe care îi tratam în calitate de rezident la Clinica de Consiliere Pediatrică din Philadelphia. Ajunsă în sfîrșit acolo, în micul său birou din Phoenix, față în față cu el, m-am confruntat cu prima lui întrebare directă:

— De ce ați venit să mă vedeți?

M-am auzit răspunzînd:

— Mă impresionează cel mai mult la dumneavoastră filosofia despre viață. Indiferent cu ce caz vă confruntați, sînteți atît de optimist! Mi-ar plăcea să fiu așa.

— Tînără doamnă, mi-a răspuns el, inspirînd profund și privindu-mă intens, pătrunzător, eu nu sînt nici optimist, nici pesimist, ci realist, ceea ce înseamnă că în viața oricui sînt și momente dificile. Prin urmare, se cuvine să ne bucurăm de momentele bune.

Ani de zile mai tîrziu, după ce Milton Erickson a murit, fiica lui cea mică, Kristina, mi-a împărtășit o variație pe această temă. Pe atunci lucram cu persoane care supraviețuiseră torturii, ale căror corpuri și personalități fuseseră distruse de abuzuri. Ea mi-a spus:

— Cred că tatei i-ar plăcea să știi ceva ce a înțeles el datorită faptului că a suferit de paralizie aproape totală cauzată de poliomielită. El îmi spunea: „Kristina, mi se pare că a face *orice* este plăcut”.

Combinînd aceste idei, am început să recunosc un principiu fundamental al activității lui Erickson: începeți cu orice rază de lumină, bucățică de speranță sau fărîmă de optimism real pe care o aveți la îndemînă și ajutați clientul să facă un pas realist care-i va permite să-și creeze și alte deschideri pentru a depăși granițele propriilor sale limitări mentale.

Întrucît venisem la Milton Erickson în calitate mai degrabă de psihoterapeut și studentă a lui Haley decît de tînără care dorește să fie consiliată personal, el mi-a cerut să începem discuția definindu-mi teoria mea despre psihoterapie. Această

conversație a dezvăluit ideile lui Erickson despre transformarea pe parcursul terapiei. Am turuit mîndră cîteva propoziții despre modul în care lucram avînd ca scop mai degrabă să-i schimb pe oameni decît să-i analizez. Neimpresionat, mi-a amintit:

— În psihoterapie, terapeutul nu schimbă absolut nimic. Noi creăm circumstanțele în care o persoană poate reacționa spontan și își poate genera propria schimbare. Însuflețită de posibilitatea schimbării – indiferent cît de mică, pozitivă sau negativă –, persoana respectivă va continua și va face și alte schimbări.

Pe măsură ce interacțiunea noastră a progresat, iar eu m-am adîncit în transă, Erickson m-a întrebat despre ce aș vrea să vorbesc cu adevărat. Spre surprinderea mea, m-au copleșit o mulțime de emoții și am început să vorbesc despre faptul că îmi doresc un copil. Imediat după aceea m-am simțit stînjenită, iar el mi-a spus:

— Acum putem vorbi despre orice vrei. Povestește-mi despre unul dintre cazurile tale.

Apoi a demonstrat împreună cu mine, mie și pentru mine că, indiferent despre ce discută terapeutul cu clientul, ei vizează aproape întotdeauna ceea ce este mai important pentru inconștient, chiar dacă pot folosi un limbaj codificat. El își demonstra convingerea că, indiferent ce face, omul dezvăluie lucruri despre sine fără să-și dea seama. Îi plăceau hologramele, deoarece acestea transmit ideea esențială că întregul poate fi văzut din orice parte. Deși era cunoscut pentru stilul său indirect, Erickson lucra de fapt foarte direct, dar prin intermediul codului personal pe care clientul dorea să i-l pună la dispoziție.

De exemplu, dacă o persoană i se adresa lui Erickson folosind limbajul corporal, el comunica la rîndul lui în limbaj corporal, în acord cu orice conținut sau format în care voia să i se adreseze persoana respectivă. Accepta cadrele de referință ale clienților. Nu își impunea punctul de vedere. Nu îi analiza din perspectiva unei teorii anume a personalității. Erickson evidenția faptul că poți ști cum se situează oamenii dacă le înțelegi perspectivele unice. Țin minte că m-am folosit de înțelepciunea lui în timpul unei lecții de călărie. Nu știam absolut nimic despre cai. Instructorul meu era iresponsabil. Era seara, era a doua lecție.

— Iapa asta e în călduri, m-am plîns eu instructorului.

— De unde știi? m-a întrebat el.

— Îți ignoră instrucțiunile și e atentă doar la ce se întîmplă pe pajiște.

Calul, asemenea unui bărbat sau unei femei care are o legătură amoroasă, era cu gîndul în altă parte. Erickson credea că terapeuții nu trebuie să încerce să-i determine pe clienți să vorbească pe înțelesul terapeutului, ci mai degrabă să le vorbească direct clienților, pe limba lor și despre orice conținut aleg ei pentru a-și exprima problemele.

Se spune că Erickson nu a avut nici un mentor sau profesor. Nu sînt de acord. Suferința i-a fost profesor. Dacă există ceva care poate determina o persoană să se concentreze asupra aspectelor practice, aceasta este întrebarea despre cum ar putea să facă față durerii. În cadrul unei vizite, am stat șapte ore față în față. Mi-a spus că, atît timp cît era în transă, nu simțea nici un disconfort, dar, cînd transa era întreruptă, avea senzația că cineva i-ar fi rulat o bîtă de baseball de-a lungul șirei spinării.

O mare parte din activitatea lui Erickson poate fi înțeleasă analizînd modul în care a învățat să facă față durerii atroce. De exemplu, tipul de durere de care suferea l-a învățat următorul lucru: „Dacă vrei să distrugi ceva, analizează-l”. Desigur, îi plăcea să critice din cînd în cînd psihanaliza, dar totodată își învăța studenții că modalitatea de a confrunta simptomele este de a le analiza componentele, de a le descompune. În această stare fragmentată, necazurile mari deveneau gestionabile. Spunea că multe suferințe au un „înainte”, un „pe parcursul” și un „după”. A scris un studiu superb[1] despre cum trebuie abordată suferința în aceste trei etape.

Modul în care utiliza paradoxul era asociat cu observația lui că oamenilor nu le place să li se spună ce să facă. Nu le place să le spui să înceteze să mai aibă un comportament problematic! Acest fapt tinde să-i determine să se încăpățîneze și să persiste. Spuneți-le să continue să facă ceea ce fac și chiar să se perfecționeze și se vor răzvrăti. Dacă el spera ca un client să efectueze o sarcină de lucru într-o zi de miercuri, îi spunea:

— Poate că mama dumneavoastră preferă să faceți asta luni sau marți. E unul sper să o faceți marți sau vineri și sînt sigur că soțul dumneavoastră s-ar bucura dacă ați face-o în weekend.

El observa comportamentul uman, iar pe baza acelor observații generale elabora tehnici adaptate individului din fața lui.

De asemenea, Erickson își învăța studenții că nu este nici o problemă dacă clienții te consideră Dumnezeu, dar ar fi bine ca asta să nu te inducă în eroare. Oamenii fac greșeli. El a spus că indienii navajo fac intenționat cîte o greșeală cînd țes

fiecare covor, pentru a arăta că doar Dumnezeu este perfect. Nu îi plăcea cînd terapeuții sau medicii le spuneau oamenilor de ce anume sînt în stare, sub aspectul vindecării. Resentimentul său față de această atitudine data dintr-o zi în care medicul îi spusese mamei lui că fiul ei va muri pînă a doua zi dimineață. Paralizat, el a reușit să-și convingă mama să poziționeze oglinda unui dulap astfel încît să poată privi răsăritul din pat. A reușit să fie complet conștient la răsărit, suficient de mult timp încît mama lui să-și dea seama că medicul se înșelase, apoi a intrat în comă timp de cîteva zile. Îi demonstrase mamei ceea ce își propusese.

Cînd Kay Thompson și eu am discutat cu ocazia unui atelier de lucru din Italia despre recuperarea ei uimitoare după un accident major, ea mi-a explicat că fără filosofia lui Milton Erickson nu ar fi îndrăznit să-și imagineze o vindecare fizică pe care medicii o considerau imposibilă.

Chiar înainte de atelier, calul de rasă în călduri pe care mi-l repartizase instructorul meu mă aruncase din șa și îmi zdrobisem un os de la cot. Mi s-a spus că nu-mi voi putea îndrepta niciodată brațul. „Cum îndrăzniți să-mi spuneți de ce anume e capabil brațul meu?”, am protestat. Cînd medicul a vrut să-mi lase brațul într-o poziție îndoită, în ghips, după operație, am știut că brațul trebuie scos din ghips, ca să nu se vindece în acea poziție. A trebuit să apelez la trei medici diferiți ca să găsesc unul care să dea ascultare corpului meu. Dacă nu l-aș fi cunoscut pe Erickson, nu aș fi crezut în propriul meu corp și în puterile lui speciale de vindecare. Acum am brațele simetrice.

Erickson se folosea de modul său practic de a înțelege durerea viscerală și îl aplica la multe alte dileme umane.

Tiparele nocive de care suferă oamenii, cum ar fi ciclul de abuzuri, sînt deconstruite în etapa anterioară, etapa desfășurării și etapa ulterioară. Știm de la Erickson că fiecare dintre cele trei etape ale oricărui set de simptome – fie că este ansamblul mental al unei persoane, fie o secvență de acțiuni familială – le oferă terapeuților multe oportunități clinice de a pătrunde și de a contribui la crearea unei circumstanțe în care persoana poate reacționa spontan și se poate schimba. Gestionarea abuzului în această manieră – tratarea conflictului, a iertării, a acumulării tensiunilor – contribuie la distrugerea întregului set de simptome. Puține simptome psihologice sînt continue, neîntrerupte. Erickson a învățat multe dintre lecțiile menționate mai sus din durerea fizică.

De asemenea, Erickson a învățat și că unele dureri, insuportabile la nivelul unei părți a corpului, pot fi tolerate cînd sînt transferate la nivelul alteia; de exemplu, o persoană căreia i se face o injecție poate ameliora durerea provocată de ac dacă își înfige unghia în partea cărnoasă a palmei. Acea înfigere a unghiei îi permite să preia controlul asupra durerii. Erickson a învățat că, parțial, ceea ce ne rănește la durere este faptul că e în afara controlului nostru și, prin urmare, este surprinzătoare și chiar umilitoare. Știm că oamenii se pot schimba, mutînd o problemă dintr-o fațetă a vieții în alta, unde este mai puțin deranjantă, dar pot avea totuși problema respectivă în continuare. Alte terapii sînt mai puțin inovatoare fiindcă se bazează mai degrabă pe teorie decît pe aspectele tangibile și practice ale suferinței umane presante.

Alături de una dintre fiicele lui Erickson, am participat odată la un panel de discuții ai cărui membri au fost rugați să discute despre relația lor cu el. Fiica lui și eu am spus același

lucru: ne simțeam acceptate de el. Erickson nu încerca să schimbe oamenii din cauză că aveau probleme, în timp ce scopul multor terapii este să-i determine pe clienți să devină oameni mai buni sau să-i facă să se conformeze unui model de sănătate mentală recomandat. Lui Erickson îi plăcea să vadă mințile deschizîndu-se ca florile care înfloresc în lumina soarelui. El nu compara un trandafir cu o floarea-soarelui. În pofida reputației sale de manipulator suprem, interfera mai puțin cu pacientul decît orice alt clinician sub îndrumarea căruia am studiat. Nu făcea mai mult decît era necesar, fiindcă într-adevăr îi accepta pe oameni așa cum erau.

Erickson mi-a spus:

— Ești la fel de unică precum amprentele tale. Niciodată nu a fost și nici nu va mai fi cineva exact ca tine. Așa că ai dreptul să fii tu însăți, pe deplin. Poți schimba unele lucruri, dar altele sînt ca amprentele tale. Nu le poți schimba. Prin urmare, pur și simplu acceptă-le.

Ajuta oamenii să dobîndească „înțelepciunea necesară pentru a-și da seama de diferență”. De asemenea, transmitea faptul că acceptă complet singularitatea unei persoane.

Acceptarea individualității instituia parțial fundamentul abordării sale paradoxale. El spunea că atunci cînd, în adolescență, sportiv fiind, paralizase complet, putîndu-și folosi doar un ochi, devenise un observator atent al comportamentului uman. Paradoxul și alte metode i-au fost inspirate doar observînd ce fac oamenii de fapt – nu emițînd ipoteze despre copilăria lor, ci observîndu-i cum se desfășoară. A observat că, dacă întrebi cît e ceasul pe cineva care se grăbește să ajungă la o întîlnire, atunci cînd persoana pornește din nou, o poate lua în direcția greșită. Această

observație a constituit fundamentul tehnicilor sale de distragere a atenției în psihoterapie.

Erickson mai adăuga la aceste aspecte observația că, dacă vrei ca un bebeluș să lase din mînă un cuțit, îi dai altceva să ia în mînă, iar copilul va da drumul cuțitului. Altfel, bebelușul va ține strîns obiectul periculos și nu-i va da drumul în ruptul capului. La fel, în creșterea copiilor, în general, și în tratarea problemelor oamenilor, distragerea atenției poate permite minții să se deschidă spre ceva nou.

Unul dintre trucurile preferate ale lui Erickson era să le arate oamenilor foarte educați că studiile lor ample și aprofundate nu i-au împiedicat să aibă un ansamblu mental rigid, sub aspect filosofic. Avea multe moduri de a le zdruncina convingerile. Unul dintre acestea era o problemă de perspicacitate: „Un fermier plantează cinci rînduri de copaci, cîte patru copaci pe fiecare rînd, totalul fiind de zece copaci. Cum e posibil acest lucru?”. L-am urmărit spunînd această ghicitoare unor diverși vizitatori din întreaga lume. Toți erau puși în încurcătură. Îl las pe cititor fără răspuns. Milton nu oferea dezlegarea. Odată mi-a spus: „Ai peste 30 de ani și vrei să crezi că acum știi totul. Dacă teoria ta despre viață ar fi corectă, iar a mea greșită, viața ar fi al naibii de plicticoasă. Eu am peste șaptezeci de ani și învăț cîte ceva nou în fiecare zi”.

Pe scurt, Milton Erickson m-a ajutat să-mi formez o filosofie a psihoterapiei pragmatică, dar în același timp fascinantă. Sintetizînd unele dintre ideile sale fundamentale, iată opt principii.

Cele opt principii

► Primul principiu. Nu fi nici pesimist, nici optimist, ci realist. Ajută-ți clientul să intre pe cea mai bună ușă deschisă.

► Principiul al doilea. Terapeuții creează circumstanțele în care poate surveni schimbarea. Clientul face schimbarea.

► Principiul al treilea. Terapeutul trebuie să vorbească pe limba clientului, nu invers.

► Principiul al patrulea. Lasă suferința (proprie) să-ți fie profesor.

► Principiul al cincilea. Acceptă lucrurile pe care nu le poți schimba.

► Principiul al șaselea. Observă comportamentul uman. Permite acelor observații – nu vreunei teorii – să-ți ghideze intervențiile pentru fiecare situație unică.

► Principiul al șaptelea. Terapeuții nu sînt zei, ci îndrumători.

► Principiul al optulea. Terapeuții nu trebuie să ofere răspunsuri, ci mijloace de a deschide mințile.

1. „An introduction to the study and application of hypnosis for pain control”, în J. Lassner (ed.), *Proceedings of the International Congress on Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Heidelberg, Berlin, New York: Springer Verlag, 1967. Retipărit din *College of General Practice of Canada Journal.*

Practică

Capitolul 13

O intervenție centrată pe obiectiv, pentru rezolvarea decisivă a dificultăților de adaptare generate de trauma moderată și de cea severă

Stephen R. Lankton

Universul terapiei oferă abordări multiple pentru orice problemă umană imaginabilă. Majoritatea acestor soluții sînt explicate în termeni care țin de jargonul specific al unei anumite teorii. În cazul rezolvării traumelor, autorii folosesc concepte vagi precum „a rezolva” și „a redistribui cathexisul”. Multe dintre aceste abordări pur și simplu explică din nou diverse probleme comune, văzute din prisma respectivei teorii. Dacă teoria mea favorită explică misterele fiecărei boli, de la tulburarea de deficit de atenție (ADD) la tulburările de identitate disociativă și de la tulburarea obsesiv-compulsivă la obezitate, atunci sînt ateliere de organizat, cărți de scris și bani de făcut în domeniul terapiei. Din păcate, unii terapeuți pot fi foarte iscusiți în rezolvarea anumitor probleme datorită intuiției lor deosebite, nu edu-

cației lor deosebite; iar majoritatea abordărilor teoretice sînt reluări ale unor conținuturi mai vechi sub o formă nouă.

Acest capitol se concentrează pe o metodă de a ajuta clienții să-și rezolve în mod decisiv reacțiile traumatice printr-o terapie foarte scurtă, alcătuită uneori dintr-o singură ședință. Înainte de a apela la terapie, victimele traumei pot suferi în moduri foarte diferite. Ele pot fi victime ale unor traume recente, manifestînd îndeosebi un nivel ridicat de anxietate și dezorientare, cum este adesea cazul victimelor accidentelor de automobil și din transportul public, ori pot suferi ani de zile efectele unor traume existențiale anterioare, prezentîndu-se la terapie cu mecanisme de apărare care le limitează experiența sub aspectul bucuriei, al sentimentului sinelui, al intimității, al siguranței, al cîștigării existenței și al altor lucruri. Aceste două extreme descriu clienți și probleme extrem de diferite și ilustrează faptul că, pentru mulți oameni, recuperarea totală după efectele traumei nu se întîmplă într-o singură sesiune. Acest capitol nu vizează rezolvarea tuturor problemelor unui client care s-ar putea să fie cauzate de o traumă. Nu se referă la tratarea suferinței cauzate de decese. Nu se referă la reînvățarea unor obiceiuri și percepții noi, pentru a compensa deficiențe de învățare și nici la schimbările sociale pe care le poate impune reabilitarea. Subiectul acestui capitol tratează depășirea obstacolelor majore pe care trauma le pune în calea dezvoltării. Analizează cea mai eficientă tehnică pentru continuarea dezvoltării și învățării, atît în cazul traumelor moderate, cît și al celor severe. În unele cazuri, mai ales ale acelor pacienți cu traume recente, neinfiltrate profund în toate aspectele care țin de stilul lor de viață, această intervenție poate reprezenta cea

mai mare parte a terapiei. În alte cazuri, cele în care trauma a survenit cu mult timp în urmă, va constitui fundamentul călătoriei spre o evoluție și o creștere mai consistente.

Tehnicile enumerate aici derivă dintr-o paradigmă complexă de asocieri și disocieri. Deoarece literatura de specialitate sugerează adesea că terapeuții trebuie să ajute victimele să realizeze un fel de retrăire și abreacție, este prezentată o explicație a asemănărilor și diferențelor dintre tehnicile de asociere/disociere și tehnicile de re-trăire/abreacție. Voi începe însă cu o comparație generală, pentru a clarifica diferențele majore dintre abordări.

Rezumatul cercetărilor

Conform concepției tradiționale privind trauma, delimitarea dintre eu și lumea exterioară este blocată. Drept consecință, victimele își pierd o parte din forța sinelui și/sau din potențialul de dezvoltare. Obiectivul terapeutic al unui astfel de tratament este instituirea unor delimitări ale sinelui (Berghold, 1991). Abordarea comună în vederea consolidării eului în tulburarea de stres posttraumatic folosește adesea regresia, reamintirea, abreacția și o „reintegrare” ulterioară. S-a arătat că această metodă este corelată cu sugestibilitatea la hipnoză (Evans, 1991). Astfel, folosirea abreacției după regresia de vîrstă a devenit o abordare terapeutică populară (Pickering, 1986). De fapt, este de așteptat adesea ca aceeași „retrăire” a experienței să aibă loc,

după hipnoză, în stare de trezie. În tratamentul nevrozei de război, se sugerează că există o necesitate absolută de a „reînsufleți și de a dezvolta o înțelegere psihodinamică a stresului precipitant în starea hipnotică și de a repeta strategia în stare conștientă” (Balson, 1980).

Terapia traumei conține elemente asociate cu tratamentul fobiei și putem investiga și studii asociate cu această afecțiune. Au fost evaluate cîteva abordări terapeutice ale fobiei și s-a descoperit că au o eficacitate la fel de mare: relaxarea, abordarea prin fantezie, abreacția și sugestia posthipnotică (Horowitz, 1970).

Ideea că abreacția s-ar putea să nu fie necesară pentru succesul tratamentului este o orientare adecvată abordării ericksoniene. Alte studii clinice arată că hipnoza constituie un instrument valoros pentru înlocuirea sentimentului de rușine cu autonomia asociată cu factori specifici tratamentului (Eisen, 1992). Printre aceștia se numără înțelegerea experienței, contextualizarea identității agresorului și definirea nivelurilor autonomiei redobîndite. Acest fapt poate fi atribuit manierei în care starea hipnotică poate acționa pentru a bloca sistemul de feedback ce menține controlul conștient (Spivak, 1990) și, într-un anumit mod, poate proteja mintea conștientă de durere, atît pe parcursul hipnozei, cît și ulterior.

Utilizarea hipnozei

Este posibil ca persoanele care suferă cel mai mult de pe urma unor situații traumatice să fie cele care reacționează cel mai bine la hipnoză. A fost identificat un grad ridicat de corelație între victimele tulburării de stres la 313 subiecți, conform Scalei Stanford de Sugestibilitate Hipnotică (Stutman *et al.*, 1985). Acest tip de corelație arată că hipnoza este un instrument destul de logic. Reiese că hipnoza este o tehnică adecvată accesării și rezolvării memoriei disociate specifice traumei (Spiegel, 1986, 1990). Tulburarea de stres posttraumatic poate fi considerată o apărare față de amintirea și experiența evocate de evenimentul în sine. Pentru a trata această reacție disociativă defensivă, Spiegel (1988) recomandă ceea ce el numește „cei opt C": confruntarea, condensarea, confesiunea, consolarea, conștiința, concentrarea, controlul și congruența. Unii cercetători au descoperit că elementele de conținut ale amintirii pot fi modificate, pentru a contribui la diminuarea experienței traumatice (Lamb, 1985).

Tratamentul traumei trebuie să se deruleze însă concomitent cu terapia care se axează pe *proces*, nu pe conținut (Kingsbury, 1992). Ajungem astfel la elementele de asociere și disociere create atît de evenimentele traumatice, cît și de terapie. Chiar și simpla combinare sau asociere a respirării relaxate, a relaxării și a distragerii atenției prin numărare poate diminua temerile și poate fi folosită drept o cale eficientă de a dezvălui trauma (Malon, 1987).

S-a dovedit că relatarea poveștilor, numite uneori metafore terapeutice, contribuie chiar și la procesul terapeutic de deplasare a variabilelor asocierii către teamă sau către

durere. De exemplu, folosirea metaforei cu copiii și asocierea sentimentului de siguranță; împărtășirea imaginației; introducerea unor evenimente din realitate; abordarea unor aspecte legate de pierdere, dragoste și încredere și diminuarea vinovăției au fost eficiente în cazul victimelor abuzului sexual (Rhue, 1991).

În cazul traumelor, scopul general al tratamentului nu trebuie redus la ajutarea unui client să-și modifice amintirile sau experiența emoțională. În schimb, tratamentul trebuie să ajute victimele să-și creeze relații, să transforme amintirea într-o experiență purtătoare de sens, să întreprindă acțiuni pentru depășirea sentimentului de neputință (VanderHart *et al.*, 1990b) și să facă față diverselor sechele ale vinovăției și suferinței sau doliului (VanderHart *et al.*, 1990a).

Abordarea lui Erickson

Cazurile clinice ale lui Erickson erau utilizate adesea pentru a ilustra cîteva intervenții, nu însă întregul tratament al unui client în ce privește durerea determinată de pierderi, stresul la care este supusă familia și alte readaptări existențiale. În consecință, există puține exemple de cazuri de traumă în scrierile sale, iar fiecare dintre cele incluse prezintă recuperarea amintirilor reprimate folosind hipnoza. Există referiri scurte la cazuri de personalitate obsesivă (Erickson, 1980, III, p. 251), amnezie isterică (*Erickson*, 1980, II, p. 277), activitate infracțională (*Erickson*, 1980, III, p. 221), hemofobie

(*Erickson*, 1980, II, p. 298) și cele două cazuri ce vor fi tratate în continuare. Există doar cîteva cazuri detaliate în care Erickson a folosit hipnoza pentru a ajuta la dezvăluirea misterelor unor persoane bîntuite de traume anterioare, toate acestea implicînd persoane instituționalizate. Un caz descrie un bărbat care avea crize repetate, pentru care Erickson a folosit o serie complicată de vise induse hipnotic. Visele au devenit tot mai puțin simbolice, astfel încît, în scurt timp, bărbatul a reușit să le interpreteze în mod conștient. În acest mod, el s-a informat progresiv pe sine cu privire la trauma victimizării sale incestuoase comise de părinți (Erickson, 1980, IV, pp. 58-70).

Într-un alt caz, unei femei i s-a indus sugestia de a folosi scrierea simbolică în transă, astfel încît să poată avea loc comunicarea cu Erickson, de care ea nu părea capabilă nici în mod conștient, nici inconștient (Erickson, 1980, IV, pp. 163-167).

În ambele cazuri, s-a folosit o metodă complicată de comunicare în cadrul transei: dinspre o parte neavizată a inconștientului, prin mintea conștientă și, în cele din urmă, la terapeut. Acest tip de comunicare a fost dificil pentru Erickson și, posibil, și mai împovărător pentru alți terapeuți și clienții lor. Pentru a folosi aceleași idei demonstrate în cazurile lui Erickson, dar pentru a facilita procesul pentru aceia dintre noi (și pentru clienții noștri) mai puțin talentați, am elaborat o abordare bazată pe comunicarea dintre mediatorii vizuali ai resurselor inconștiente.

O comparație între disociere și abreacție

Să presupunem că ați apelat la terapie din cauza tensiunii și anxietății continue de care suferiți de cînd v-ați aflat într-un tren care a deraiat, ucigînd multe persoane, și din care ați scăpat ca prin urechile acului, cu cîteva probleme medicale minore, care au fost rezolvate și vindecate. Terapeutul la care mergeți are două idei principale pentru terapia dumneavoastră.

Retrăirea și abreacția necesită să vă întoarceți mental, emoțional și experiențial în momentul dezastrului. Veți fi încurajat să vă exprimați verbal și să vă exteriorizați în mod deschis emoțiile legate de toate aspectele incidentului. Veți fi încurajat și sprijinit să vă exprimați teama, mînia, șocul, confuzia, panica, neajutorarea, tristețea, dependența și așa mai departe, pe măsură ce desfășurarea scenei este retrăită și verbalizată. E posibil să vă exprimați mînia sau alte tipuri de agresivitate. Obiectivul principal al trăirii acestor emoții este să vă ajute să vă redescoperiți adevăratele sentimente și mecanismele adaptative de reacție, să vă asumați emoțiile ascunse și să vă consolidați forța sinelui, obținută prin însușirea unor părți anterior negate ale sinelui dumneavoastră. Îndeplinirea cu succes a unora dintre aceste obiective depinde în mare măsură de aptitudinile terapeutului. De obicei, există o rezistență amplă la această abordare din partea dumneavoastră, clientul, îndeosebi o reținere generală de a manifesta emoții de față cu terapeutul

și o reținere vizînd retrăirea propriu-zisă a incidentului neplăcut.

Abreacția poate genera o experiență emoțională corectivă, o schimbare de atitudine și o redistribuire a energiei psihice și, cel mai probabil, va cauza o concentrare sporită asupra trecutului, deoarece încurajează regresia și diminuează folosirea negării. Există riscul nefericit al retraumatizării clientului în timpul retrăirii experienței. Poate mai îngrijorătoare sînt posibilitatea dependenței exagerate a clientului de terapeut și înstrăinarea față de familia de origine (în cazul traumei create de familie) sau chiar reconstruirea unui trecut de traume false în procesul „terapiei".

În schimb, în cazul tehnicilor asociative/disociative, puteți avea totuși o experiență emoțională corectivă și o schimbare de atitudine, dar accentul cade pe prezent și pe viitorul existenței dumneavoastră. Nu există riscul retrăirii traumei sau al unei dependențe sporite de terapeut. Vă puteți elabora mecanisme de apărare adaptative suplimentare, puteți învăța să folosiți acele componente ale sinelui pierdute în traumă și vă puteți consolida resursele personale și sprijinul acordat sinelui.

În orice caz, aceste intervenții nu sînt sugerate ca fiind singurele necesare pentru o recuperare completă. Ele sînt utilizate ca intervenții majore pentru redobîndirea capacității de adaptare, de a funcționa, de a fi creativ și de a conștientiza faptul că trauma e depășită și că starea dumneavoastră se îmbunătățește pe zi ce trece. Modelul asociere/disociere este oferit ca o alternativă eficientă, viabilă, de preferat metodelor de abreacție (vezi *tabelul 13.1*).

Trei categorii de impact al traumei

Rezultatele traumei sînt împărțite aici în trei categorii distincte. Sînt grupuri logico-intuitive exhaustive și, în cea mai mare parte, se exclud reciproc. Aceste trei categorii dictează trei tipuri de intervenții tot mai complexe. Categoriile sînt reacții traumatice de „tipul 1 – simplă”, „tipul 2 – complexă” și „tipul 3 – dependentă de stare”. Pentru a analiza clienții care manifestă consecințe psihologice și uneori fizice ale traumei, se impune să diferențiem niveluri de severitate sau de afectare care se datorează, probabil, unor evenimente din trecut. Un continuum de la „tipul 1 – reacție simplă” la „tipul 2 – reacție complexă” și la „tipul 3 – reacție specifică stării” facilitează acest proces. Două dintre abordări sînt prezentate în continuare, iar asocierea/disocierea complexă de „tip 2” este ilustrată printr-un caz. Deși impactul personal al evenimentelor traumatice este desigur unic, efectele limitative generale ale traumei au unele asemănări ce pot fi identificate. S-au făcut încercări de a evalua stresul posttraumatic sub cîteva aspecte: modificări ale memoriei senzoriale, comportament repetitiv, temeri specifice traumei și atitudini modificate. Într-adevăr, pentru un tratament eficient trebuie vizat ansamblul de evenimente, de la schimbări la nivelul memoriei la cele de la nivelul experiențelor și relațiilor. Acesta trebuie să ajute victimele să-și creeze relații, să transforme amintirea în experiență semnificativă și să ia măsuri pentru a preveni neajutorarea (VanderHart *et al*., 1990b).

Tabelul 13.1.
Continuitatea fenomenelor de transă

Asociere/Disociere		Abreacție
Să fie o experiență emoțională corectivă	Poate	Poate
Să stimuleze schimbarea (schimbările) de atitudine	Da	Poate
Să se axeze pe trecut		Da
Să se axeze pe prezent/viitor	Da	
Să redistribuie energia	Poate	Poate
Să încurajeze regresia		Da
Să diminueze negarea	Poate	Da
Să riște durerea retraumatizării		Da
Să consolideze mecanisme de apărare suplimentare	Da	
Să învețe să accepte o parte a sinelui	Poate	Poate
Să învețe să folosească o parte a sinelui	Da	
Intrapsihică		Da
Intersocială	Da	
Să riște distanțarea de familia de origine	Poate	Da
Să riște distanțarea sinelui	Poate	
Să mărească stresul asupra sistemului actual		Poate
Șanse mai mari să i se opună rezistență		Da
Să consolideze autosprijinirea	Da	
Să riște dependența sporită de terapeut		Da
Să reconstituie realitatea trecutului	Poate	Poate
Să se conecteze la resursele personale	Da	Da

Trauma de tip 1

„Trauma simplă” se referă la indisponibilitatea resurselor în anumite situații în care este nevoie de ele. La trauma simplă, o persoană este inhibată sub aspectul învățării anumitor experiențe. Să ținem cont de faptul că scopul unei persoane sănătoase este să se poată asocia experiențelor și resurselor necesare în fiecare situație existențială. Totuși, dacă suferă o traumă pe parcursul dezvoltării, victima nu poate organiza, asocia sau recupera experiențele necesare în anumite situații. De exemplu, experiențele numite în mod obișnuit „încredere în sine” sînt necesare (sau cel puțin foarte utile) cînd se vorbește în public. O traumă simplă survine cînd un anumit eveniment împiedică experiența încrederii să fie rememorată (sau trăită) cu acuratețe în contextul vorbitului în public, dar persoana continuă să fie capabilă să funcționeze cu încredere în alte aspecte ale vieții sale și chiar să facă față uneori unor evenimente care impun vorbitul în public. Vorbitul în public nu este imposibil pentru victimele acestui tip de traumă (cel mai simplu dintre ele), dar ar putea avea drept consecință o suferință considerabilă dacă nu poate fi evitat. Nu există o pierdere semnificativă a flexibilității musculare, nu există modificări semnificative ale atitudinii față de lume, iar persoana respectivă dispune în general de suficiente resurse pentru a avea succes în aproape toate domeniile existenței sale.

Trauma de tip 2

„Trauma complexă” se referă la consecințe care constituie probleme de învățare pe parcursul dezvoltării. În aceste cazuri, efectul situațiilor traumatice a fost suficient de sever pentru ca persoana să fie afectată sub aspectul *unei anumite zone de dezvoltare asociate cu adaptarea,* care ar părea de fapt să fie parte integrantă a repertoriului comportamental al persoanei. Clientul cu acest tip de traumă va manifesta de obicei o utilizare destul de amplă a negării, va avea multe modificări de ordin atitudinal și perceptiv asociate cu evitarea și va fi tensionat, stare al cărei rol este să prevină eșecul unor mecanisme de apărare precum formarea reacțiilor și negarea. Atunci cînd eforturile nu reușesc să mențină mecanismele de apărare, pot apărea răbufniri frecvente, abuz asupra copiilor sau atacuri de anxietate. De exemplu, o persoană poate fi incapabilă să vorbească în public și face în așa fel încît această situație să nu se întîmple niciodată. Vorbitul în public nu ar fi doar inconfortabil, ci ar constitui o amenințare atît de mare, încît doar ideea în sine ar cauza atacuri de panică grave. Mai frecvent, evenimentele evitate sînt experiențele sexuale, folosirea utilajelor, călătoriile, relațiile de dragoste și alte angajamente și responsabilități majore.

Aptitudinile de adaptare pot fi diminuate, dispozițiile atitudinale defensive pot deveni o problemă majoră care să aibă drept consecință distanțarea persoanei de alegerile existențiale, amintirile invazive pot pătrunde în conștiință, iar persoana poate suferi de o incapacitate semnificativă de a folosi anumite grupe musculare (de exemplu, organele sexuale). Panica resimțită este gestionată adesea prin alcoo-

lism, evitarea membrilor familiei, colaps ocazional, instituționalizare și așa mai departe.

Trauma de tip 3

„Învățarea dependentă de stare” se referă la situațiile în care atitudinea mentală deranjantă este foarte persistentă. Situația de a fi cufundat într-o stare din care persoana nu-și poate reveni este numită adesea „specifică stării” și se întîlnește adesea la persoanele care au suferit traume grave. O persoană care manifestă o astfel de reacție la traumă este supusă unor limitări ample cauzate de stările compartimentalizate ale eului. Aceste persoane întîmpină probleme legate de *aproape toate aspectele dezvoltării* care urmează evenimentului (evenimentelor) traumatice. Pot manifesta teamă exagerată, pot avea amnezie asociată cu segmente ample ale trecutului lor și de obicei se simt neajutorate, nu doar în privința aspectelor asociate cu trauma, ci în privința existenței în general. Folosesc adesea ca modalitate de apărare identificarea cu agresorul, care poate avea ca efect autorănirea, la mult timp după încheierea evenimentelor traumatice. Musculatura, percepția, atitudinea, dezvoltarea emoțională și aptitudinile sociale sînt toate afectate. Traumele grave de război și traumele grave cauzate de abuzurile asupra copiilor, inclusiv a fi martor la uciderea unui frate/unei surori, de exemplu, pot genera o astfel de reacție.

Rezolvarea efectelor traumei

Scopul terapiei scurte este să promoveze funcționarea mai amplă și suficientă cît mai curînd posibil. Pentru a realiza acest lucru, clienții trebuie să analizeze obiectivele prezente și viitoare, să se implice în relațiile cu cei dragi, să accepte sprijinul altora și să înlocuiască îndoiala și îngrijorările cu permisiunea de a se simți bine. Terapia trebuie să asocieze resursele actuale cu sarcini viitoare, să recontextualizeze eșecurile percepute ca atare, să ofere sugestii posthipnotice pentru a asigura succesul pe viitor și să învețe clienții să mediteze la imaginea proprie, reevaluîndu-și aptitudinile și punctele forte.

Terapia de succes identifică punctele forte și stimulează schimbarea de atitudine. În plus, amplifică capacitatea de autoîngrijire, ajutînd persoana să-și recapete sentimentul de siguranță, de confort, capacitatea de repetiție, de a vorbi cu sine și de a se autoaccepta, ajutînd eul adesea repudiat să scape de sentimentul de rușine.

În cele din urmă, se va manifesta o consolidare a eului drept consecință a suferinței, a apariției unor delimitări noi și a unor bucle de feedback emergente, astfel încît eul să devină autosustenabil sub mai multe aspecte. Pot fi rezolvate și alte probleme sociale și de dinamică, mai ales cînd se înțelege faptul că situațiile personale sau sociale sînt afectate de impactul de durată al traumei sau că respectivii clienți, care inițial întîmpinau probleme sub aceste aspecte, erau predispuși în unele moduri la efectele traumatice suferite. În majoritatea cazurilor, este util să fie implicați alți membri ai

familiei, pentru a-i ajuta pe clienți să facă față sentimentelor de neputință (Moore, 1981).

Paradigma „asociere/disociere complexă” pentru traumele de tipul 1 și 2

Rațiunea acestei paradigme constă în faptul că mintea conștientă este capabilă să observe reprezentări ale comunicărilor interne și modificări care rămîn predominant în afara conștientizării. Terapeuții au nevoie doar de o modalitate prin intermediul căreia această comunicare și acele reprezentări să fie instituite. Majoritatea oamenilor vor accepta imediat un cadru metaforic al „discuției” cu alte componente ale sinelui, de obicei mai tinere, datorită trăsăturii comune de a avea o familie, o comunitate și datorită capacității de a folosi acea metaforă pentru a ordona experiențe în funcție de vîrstă și de mărime. Odată fundamentată, această metaforă a evaluării disociative face posibilă asocierea cu alte resurse necesare din experiența cognitivă, perceptivă, atitudinală și emoțională. Prin urmare, acceptînd metafora sinelui mai în vîrstă care discută cu sinele mai tînăr, resursele necesare clienților le vor deveni disponibile în cadrul propriilor experiențe, pe măsură ce se gîndesc la amintirile traumatizante și își amintesc fragmente din ele. Cu alte cuvinte, vor avea experiențe care fuseseră eliminate cînd își aminteau doar fragmente din traumele lor.

Iată planul detaliat de instituire și derulare a acestei intervenții.

Etapele paradigmei „asociere/disociere complexă”

1. Asociere/disociere complexă: în cazul în care clienții nu își amintesc trauma sau resursa cunoscută sau dacă e vorba despre o amintire extrem de „volatilă”:

   A. Instituiți un cadru sigur.

   B. Stabiliți accesul la resursele necesare.

   C. Cereți-i clientului să-și imagineze că în încăpere există un „sine adult”.

      i. Acest sine este de obicei o reprezentare a sinelui actual conștient și plin de resurse.
      ii. Acest sine este de obicei de aceeași vîrstă și are aceleași caracteristici.

   În unele cazuri, această reprezentare va fi a unui sine din viitor, cînd problema a fost rezolvată. Sinele viitor poate fi gîndit ca fiind la distanță de ani de zile sau la doar cîteva ore în viitor.

      iii. Acest sine este conștient și știe ce știe mintea conștientă.

a) Să presupunem o poziție de observare direcționată spre mintea conștientă.
b) Această minte conștientă a clientului va comunica cu această parte a clientului.
c) Clientul își imaginează comunicarea având loc între acele părți, într-o manieră nespecifică (prin sentimente, cuvinte etc.).
d) Semnalizarea ideomotorie este stabilită astfel încît terapeutul să poată continua mai detaliat. De obicei, aceasta este o încuviințare din cap a clientului, indicînd că a survenit un acord între el și această componentă bogată în resurse.

D. Spuneți-i clientului să-i ceară componentei proiectate să disocieze în continuare.

i. Componenta proiectată (componenta 1) este rugată să vadă altă componentă (componenta 2), care este mai tînără.
ii. Această componentă secundară (componenta 2) adesea nu este văzută de client.
iii. Componenta 2 reprezintă sinele inconștient și poate comunica prin intermediul conexiunilor cu componenta 1. De asemenea, această componentă este aleasă de obicei dintre toate eurile mai tinere posibile, datorită punctelor forte speciale sau resurselor de care dispune.
iv. Prin urmare, componenta 1 și componenta 2 capătă rolul de amortizoare între toate amintirile create de componenta 2 și clientul real.

E. Clientul să-i ceară componentei 1 să-i solicite componentei 2 să analizeze evenimentele traumatice de la o distanță confortabilă. Componenta 2 va vedea trauma întîmplîndu-i-se unei terțe componente, componenta 3.

i. Sugerați că doar prin intermediul dialogului sau al semnalelor (cum ar fi vederea „încuviințărilor prin clătinarea capului”) dinspre componenta 2 imaginară spre componenta 1 și apoi dinspre componenta 1 spre client poate acesta afla ce i se întîmplă componentei 3 la nivelul minții sau memoriei componentei 2.

ii. Coordonați o atentă elaborare a componentei 2, reanalizînd scenele referitoare la componenta 3 și împărtășind cu componenta 1 doar elementele care prezintă siguranță. Cereți-i componentei 2 să-i comunice analiza componentei 1 prin intermediul semnalelor ideomotorii, astfel încît componenta 1 să poată raporta comunicarea clientului și, la fel, clientul să poată raporta în cadrul terapiei (doar prin semnale ideomotorii, cum ar fi a încuviințările prin clătinarea capului).

iii. Aceasta se bazează pe presupoziția că amintirea traumei este prezentă la nivelul componentei 3 și este cunoscută de o parte a sinelui (cel puțin de componenta 2).

iv. Declarația conștientă a clientului că „nu știe” este de așteptat. În acest fel, chiar și traumele rememorate deficitar (care se întîmplă componentei 3) pot fi analizate de către componenta 2, disociată. De fapt,

traumele uitate pot fi revizuite și depășite probabil în acest mod.

F. Revizuiți în mod repetat sinele din trecut și comunicați cu el.

   i. Cereți-i permanent clientului și îndrumați-l să instruiască componenta 1 să îi solicite (doar) componentei 2 să analizeze trauma trăită de componenta 3, mai tînără, doar prin intermediul cuvintelor și imaginilor. Astfel, componenta 2 continuă să se situeze la distanță de trauma pe care o observă afectînd componenta 3, mai tînără.
   ii. Ajutați clientul să instruiască componenta 1 să instruiască componenta 2 să realizeze (în esență) o asociere/disociere simplă cu componenta 3. Componenta 2 ar trebui să urmărească evenimentele, să le vadă derulîndu-se mai rapid decît în timp real, să le vadă derulîndu-se în ordine cronologică și chiar să le vadă derulîndu-se în ordine inversă – verificînd totodată în permanență ca atît componenta 1 și componenta 2, cît și clientul să fie în siguranță pe parcursul acestui proces.

G. Eliminați treptat componentele intermediare și integrați învățarea și resursele.

   i. Componentele 2 și 1 pot fi eliminate treptat, după ce clientul acceptă presupoziția apariției siguranței și a altor resurse pe măsură ce amintirile traumatice sînt analizate.
   ii. Clientul trebuie să repete pașii de mai sus pînă ce se presupune că poate gestiona conștientizarea, că

poate dispune de resurse și poate chiar folosește fragmentele de amintiri ca indicii care atestă că resursele dorite sînt disponibile și că pot fi trăite și utilizate.

iii. Pe măsură ce fiecare componentă se contopește cu cea vecină, pe rînd, clientul își creează în cele din urmă propria situație în contextul unei simple asocieri/disocieri.

iv. În cele din urmă, poate avea loc o fuziune între componenta sigură și componenta cea mai tînără, cea traumatizată. Făcînd aceasta, clientul aflat în siguranță poate fi îndrumat să-și liniștească și să-și îngrijească componenta mai tînără. Aceasta este o recontextualizare a rolului jucat de client într-un rol în care are grijă de sine, un rol de nonvictimă, de persoană cu resurse, puternică. În acest mod, clientul învață un rol care generează forță și maturitate ori de cîte ori sinele traumatizat este amintit astfel. De asemenea, ar mai trebui spus că șansele clientului de a-și asuma în viitor acest rol învestit cu putere sînt destul de mari, deoarece pentru client nu a mai fost elaborat nici un alt rol adaptativ după traumă. Prin urmare, această intervenție va reprezenta un moment de cotitură decisiv pentru dezvoltarea clientului.

H. Oferiți-i clientului asocieri posthipnotice, pentru a găsi și a folosi aceste învățăminte și resurse în viitor.

Va fi deosebit de important să ajutați clientul să mediteze la posibile viitoare momente care ar putea semăna cu

evenimentul traumatizant sau care ar fi putut fi evitate cu ajutorul vechii imagini a sinelui traumatizat.

Figura 13.1. C. Asocieri/disocieri complexe

1. distanța sigură pentru experiențele mai traumatizante;

2. stabilizarea resurselor prin imagini;

3. comunicare cu inconștientul dacă apare amnezia.

După ce este utilizată această intervenție (de obicei, pe parcursul unui eveniment unitar alcătuit dintr-o ședință sau din două ședințe), terapia poate începe să gestioneze orice alte probleme care au mai apărut în existența clientului. Acestea pot include schimbări la nivelul vieții de familie, al recreerii, al îngrijirii proprii, al doliului, al intimității, al funcționării sexuale, al obiectivelor educaționale sau ocupaționale sau la nivelul conștientizării dobîndite a durerii fizice. Fiecare client va avea necesități unice în aceste privințe. Foarte probabil, clienții care au suferit trauma recent vor avea puține inadaptări de corectat, iar clienții care au suferit trauma cu mult

timp în urmă vor avea mult mai multe dificultăți, apărute de-a lungul anilor de evitări, scuze, stimă de sine redusă și așa mai departe.

Următorul exemplu ilustrează formulările exacte pentru punerea în practică a acestor intervenții. Cazul a constat într-o intervenție efectuată în decursul unei singure ședințe și este util ca exemplu, deoarece demonstrează această intervenție ca ședință de sine stătătoare și pentru că ne arată cum să respectăm planul, modificîndu-l totuși puțin în moduri creative, pentru a-l adapta la situația unică a clientei. Mai precis, clienta aceasta a declarat că nici o componentă a ei nu era lipsită de teamă și de anxietate. Prin urmare, reprezentarea sinelui (componenta 1) a fost elaborată drept un presupus sine din viitor despre care era de așteptat să nu manifeste anxietate. Componenta 2 era un sine adolescent care exista înainte de traumă. Desigur, sinele cel mai distant (componenta 3) era sinele clientei din momentul dezastrului. Încuviințările ei din cap indicau recunoașterea relației dintre componenta 3 și componenta 2, dacă nu cu ea (sinele real), și un acord cu diversele schimburi de resurse și de comentarii atitudinale cu rol de auto-îngrijire, recomandate de terapeut, dintre sinele real și viitor și componenta 3.

Exemplu de caz
de asociere/disociere complexă

Dezastrul Mobile Amtrak se referă la un accident din a doua jumătate a anilor ’90, cînd un pod al companiei feroviare americane Amtrak s-a prăbușit și a cauzat moartea cîtorva pasageri blocați într-un vagon de tren care s-a scufundat. Clienta aceasta, „Mary”, a venit la biroul meu la o săptămînă după dezastru, incapabilă să vorbească despre incident fără să izbucnească într-un plîns copleșitor și fără să fie cuprinsă de teamă. Deoarece accidentul avusese loc cu doar o săptămînă mai devreme, nu avea rost să o rog pe Mary să-și plaseze două euri rememorate între amintirile traumatice *pe care le dobîndise după traumă*. În schimb, i-am cerut să-și amintească un sine anterior care era surprinzător de puternic și un sine viitor care nu mai era deloc afectat de urmările accidentului. Acestea au fost folosite apoi ca mediatori imaginați ai intervenției.

I s-a spus să-și pună sinele viitor (51 de ani) să comunice cu altă imagine mediatoare (aceea a unei fete de 17 ani), care, la rîndul ei, comunica cu Mary, cea care trecea prin dezastru. În această manieră imaginativă, Mary (48 de ani) a fost rugată să evalueze evenimentele dezastrului de la distanța acestor doi intermediari imaginari. Următorul fragment este înregistrat la 20 de minute după începerea sesiunii și ilustrează o comunicare mai dificilă, tipică pentru mijlocul sesiunii.

> Roag-o pe Mary, care are 51 de ani, să-i spună acelei Mary adolescente că ea vine din viitor, că a trăit dezastrul feroviar și că a depășit temerile și neputința cauzate de

acesta. Apoi, roag-o pe Mary cea de 51 de ani să-i spună adolescentei că ea o va ajuta să analizeze accidentul de săptămîna trecută – folosind doar cuvinte și imagini – cînd Mary cea de 48 de ani a fost implicată în dezastrul feroviar. În plus, fiecare dintre voi – cea de 48 de ani, cea de 51 de ani și cea de 17 ani – se va baza pe experiențele sigure și pline de resurse pe care le aveți fiecare acum.

Vreau ca tu, cea de 48 de ani, să-i spui lui Mary cea de 51 de ani să-i spună adolescentei că noi patru vom găsi o modalitate de a folosi următoarele minute în mod cooperant, pentru a depăși temerile care au apărut. Roag-o pe Mary cea de 51 de ani să te ajute, spunîndu-i adolescentei că nu-i ceri prea mult. Roag-o pe Mary cea de 51 de ani să îi spună adolescentei că vrei doar să păstrați legătura, dacă vrea, și să încuviințeze, dînd din cap cînd este de acord. Roag-o pe Mary cea de 51 de ani să îi spună adolescentei să încuviințeze din cap, ca semn că înțelege și că este de acord să participe în acest mod. Iar cînd Mary cea de 51 de ani o vede încuviințînd, roag-o să dea din cap către tine. La rîndul tău, cînd o vezi pe Mary cea de 51 de ani că dă din cap înspre tine, dă și tu din cap înspre mine, ca semn că putem începe. Și, ține minte, tu, Mary cea de 48 de ani, nu trebuie să ai grijă de sau să o vezi pe adolescentă ori acel incident pe care ea îl va reanaliza în curînd. Da, las-o pe Mary cea de 51 de ani să o vadă pe adolescentă, iar cînd o vede spune-i să încuviințeze din cap spre tine.

De obicei, este posibil să vedeți încuviințări mai timide, care par să reprezinte experiența clientului cu seria de comunicări dintre toate „sinele” reprezentate în imaginație.

Eu aștept încuviințarea din cap mai exagerată a clientului, care îmi este adresată mie. După ce primesc semnalul aprobator, continui să vorbesc în această manieră destul de laborioasă și de atentă, pe măsură ce parcurg etapele descrise mai sus. Este important să țineți minte și să le amintiți clienților că nu trebuie să vadă și să audă trauma, ci mai degrabă doar să vadă și să audă că cealaltă „parte a lor" vede și aude, analizînd. Ei trebuie doar să vadă cum componenta sau componentele mediatoare dau semnalul începerii și încheierii analizei efectuate de cea mai îndepărtată componentă a sinelui. Din acest punct de vedere, unii clienți vor raporta apoi că nu au văzut și nu au auzit analiza, iar unii vor raporta contrariul. În cîteva cazuri, clienții au finalizat acest proces fără să fi știut în mod conștient ce a fost revăzut și care a fost conținutul traumei propriu-zise. Totuși, măsuri precum reducerea comportamentului de evitare sugerează că procedura a reușit cu succes să disocieze limitările emoționale negative și să le asocieze cu experiențele necesare și dorite. Astfel, asemănările cu metoda viselor simbolice progresive a lui Erickson și cu scrierea criptică automată (amintite mai sus) sînt evidente. Această procedură pare să ofere o metodă prin care unele părți ale inconștientului să comunice cu alte părți ale inconștientului și în cele din urmă cu mintea conștientă, în pași progresivi. Procedura este totuși mult mai ușoară, atît pentru clienți, cît și pentru terapeuți, decît în exemplele date de Erickson.

Clientul trebuie să fie destul de concentrat pe reprezentările interne pentru a efectua analiza. Deoarece reprezentările sînt simboluri ale resurselor pe care clientul nu a fost capabil să le acceseze în urma traumei, survine o

consolidare a eului. În termenii condiționării clasice, putem spune că clientul a asociat experiențe dezirabile cu imaginile cognitive ale traumei. Astfel, amintirile legate de traumă nu mai determină clientul să se simtă neajutorat și lipsit de aptitudini de adaptare.

În cazurile în care una dintre reprezentări este a unei persoane din viitor, după cum am văzut aici, clientul creează premisa unei vindecări de succes a reacției traumatice. Forța acestei presupoziții nu este de neglijat și merită studii serioase. Aparent, crearea unei premise pozitive a succesului îi orientează pe oameni să caute și să găsească resurse dorite, în timp. Cu cît mai ușor își găsesc oamenii resursele dorite în contexte în care au nevoie de ele, cu atît mai puțin raportează că au frămîntări și probleme și că au nevoie de ajutor sau de terapie.

Concluzie

Această intervenție a avut un rol absolut fundamental în procesul schimbării, deoarece i-a asigurat clientei, Mary, mijloacele necesare pentru a-și menține experiențele în fundal, astfel încît să poată începe să funcționeze imediat în lumea reală. De asemenea, le oferă clienților o capacitate sporită de a deveni mai creativi și mai responsabili pentru ei înșiși pe parcursul restului muncii terapeutice. Cel mai remarcabil, în acest caz, este faptul că Mary, cînd a venit în cabinet, era complet incapabilă să vorbească *oricît de puțin*

despre incidentul traumatic fără să plîngă, uneori incontrolabil. Totuși, la doar o săptămînă după singura ședință de intervenție descrisă aici, a fost intervievată la o emisiune de televiziune de tip talk-show. Gazda emisiunii a avut grijă să pună toate întrebările problematice posibile în timpul interviului televizat, ba chiar a pus o înregistrare audio cu apelul la 112 și vocile panicate din noaptea fatidică. Mary a reușit totuși să descrie și să explice întregul incident și să răspundă detaliat la toate întrebările. Nu a izbucnit nici o singură dată în lacrimi pe parcursul emisiunii.

După folosirea acestei intervenții într-o singură ședință, majoritatea clienților descriu că au mai multă energie, mai multe resurse disponibile, o orientare mai bună în realitate, autoajutor sporit, integrarea punctelor forte emoționale anterioare și comportament adaptativ, creativ. Procesul nu întîmpină rezistență, iar mecanismele defensive sînt înlocuite de mecanisme adaptative. Această procedură dă rezultate bune în cazul traumelor cu reacții de tip 1 și de tip 2. De fapt, traumele de tip 1 pot avea succes cu mai puțini intermediari în lanțul imaginar. Traumele de tip 3 însă sînt mai degrabă inadecvate acestei proceduri și terapeuților li se recomandă să nu folosească acest instrument în cazul persoanelor respective. Pentru victimele traumelor de tip 3 se recomandă un proces care implică o stabilizare mai amplă a stării normale de trezie, concentrare conștientă și experiențe sigure.

E de așteptat ca terapia totală pentru Mary sau pentru oricare alt client care reacționează la o traumă să dureze cîteva ședințe. Ședințele viitoare se concentrează asupra aspectelor sociale, ocupaționale, asupra imaginii proprii și a altor aspecte legate de traumele mai vechi, la care limitarea

învățării s-a acumulat în timp. În cele din urmă, gestionarea durerii determinate de pierderi și iertarea propriei persoane sînt uneori esențiale pentru o recuperare completă.

Idei practice

► Împărțiți clienții care au suferit traume pe criteriul severității și al sechelelor.

► Identificați reprezentările experiențelor anterioare care conțin resurse solide.

► Ajutați clienții să-și elaboreze reprezentări vizuale ale „eurilor" din trecut.

► Aranjați imaginile „eurilor" din trecut, astfel încît clienții să se bazeze pe semnale dinspre fiecare dintre acestea.

► Vorbiți cu clienții astfel încît să stimulați o analiză efectuată de un „eu" distant, realizată doar prin intermediul cuvintelor și imaginilor.

► Continuați să sugerați ca o serie de „euri" să comunice despre traumă și să o analizeze, astfel încît clientul să nu fie nevoit să o analizeze în mod direct.

Bibliografie

Balson, P. (1980). Treatment of war neurosis from Vietnam. *Comprehensive Psychiatry*, 21(2), 167-175.

Berghold, J. (1991). The social trance. *Journal of Psychohistory*, 19(2), 221-243.

Eisen, M. (1992). The victim's burden. *Imagination, Cognition & Personality*, 12(1), 65-88.

Erickson, M.H. (1980). The clinical and therapeutic applications of time distortion. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D. on hypnosis,* vol. II: *Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysical processes* (pp. 266-290). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980). Negation or reversal of legal testimony. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D. on hypnosis,* vol. III*: Hypnotic investigation of psychodynamic processes* (pp. 221-230). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980). The permanent relief of an obsessional phobia by means of communications with an unsuspected dual personality. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D. on hypnosis*, vol. III: *Hypnotic investigation of psychodynamic processes* (pp. 230-260). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980a). Hypnosis: Its renascence as a treatment modality. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D. on hypnosis*, vol. IV: *Innovative hypnotherapy* (pp. 52-75). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980b). Special techniques of brief hypnotherapy. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D. on hypnosis*, vol. IV: *Innovative hypnotherapy* (pp. 149-173). New York: Irvington.

Evans, B. (1991). Hypnotizability in posttraumatic stress disorder: Implications for hypnotic interventions in treatment. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 19(1), 49-58.

Horowitz, S. (1970). Strategies within hypnosis for reducing phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 75(1), 104-112.

Kingsbury, S. (1992). Strategic psychotherapy for trauma. *Journal of Traumatic Stress,* 5(1), 85-95.

Lamb, S. (1985). Hypnotically induced deconditions: Reconstruction of memories in treatment of phobia.

American Journal of Clinical Hypnosis, 28(2), 56-62.

Malon, D. (1987). Hypnosis with self-cutters. *American Journal of Psychotherapy*, 41(4), 531-541.

Moore, C. (1981). Hypnosis: An adjunct to pediatric consultation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(3), 211-216.

Pickering, J. (1986). Use of age regression in a case of traumatization during late childhood and adolescence. *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 14(2), 169-172.

Rhue, J. (1991). Story telling, hypnosis and treatment of sexually abused children. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 39(4), 198-214.

Shapiro, M. (1988). Hypno-play therapy with adults: Theory, method, and practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31(1), 1-10.

Spiegel, D. (1986). Dissociation damage: Special issue: Dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(2), 123-131.

Spiegel, D. (1988). Dissociation and hypnosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 1(l), 17-33.

Spiegel, D. (1990). New uses of hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(1), 39-43.

Spiegel, D. (1991). Disintegrated experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 366-378.

Spivak, L. (1990). Neurophysiological correlates of altered states of consciousness. *Human Physiology*, 16(6), 405-410.

Stutman, R. et al. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability and imagery. *American Journal of*

Psychiatry, 142(6), 741-743.
VanderHart, O. et al. (1990a). Hypnotherapy for traumatic grief: Janetian and modern approaches integrated. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 32(4), 263-271.
VanderHart, O. et al. (1990b). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 2(4), 379-395.

Lecturi recomandate

Dolan, Y. (1985). *A path with a heart: Ericksonian utilization with resistant and chronic patients.* New York: Brunner/Mazel.
Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused, therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors.* New York: Norton.
Lankton, C., Lankton, S. (1989). *Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy.* New York: Brunner/Mazel.
Lankton, S. (1988). *A children's book to overcome fears: The blammo-surprise book!* New York: Brunner/Mazel.
Lankton, S., Lankton, C. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.
Lankton, S., Lankton, C., Matthews, W. (1991). Ericksonian family therapy. În A. Gurman, D. Kniskern (eds.), *The handbook of family therapy*, vol. II. New York: Brunner/Mazel.
Mills, J., Crowley, R., Ryan, M. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 14

Tulburările de anxietate

R. Reid Wilson

Tulburările de anxietate constituie un ansamblu de probleme prevalente, debilitante și costisitoare. Peste 14% din populația adultă din SUA (27 de milioane) este diagnosticată la nivel clinic cu o tulburare de anxietate la un anumit moment din viață (Regier și Robins, 1991). Costurile sociale și economice ale tulburărilor de anxietate au însumat peste 65 de miliarde de dolari în 1994, reprezentînd 32% din totalul costurilor asociate tuturor tulburărilor mentale. Și, fără tratament adecvat, tulburările de anxietate au tendința să devină cronice. Concomitent, costurile pentru îngrijirea sănătății comportamentale au scăzut cu 54% în ultimii zece ani (Hay Group, 1998). Aceste realități simple, dar cutremurătoare impun ca furnizorii de servicii pentru sănătate mentală să-și dubleze eforturile de a studia și de a aplica metodele neinvazive cele mai eficiente, pentru a diminua suferința celor care suferă de fobii, tulburări de panică, tulburare obsesiv-compulsivă (TOC), tulburare de stres posttraumatic (TSC) și anxietate generalizată.

În prezent, standardul esențial pentru tratamentul psihoterapeutic în acest domeniu este terapia cognitiv-comportamentală (TCC). Studiile au arătat că paradigmele tratamentului care includ expunerea treptată la situațiile generatoare de frică, toleranța disconfortului și aplicarea tehnicilor de relaxare învățate, combinate sau independente, pot diminua simptomele de lungă durată ale anxietății (Abramowitz, 1997).

În ce fel se suprapun aceste metode principiilor ericksoniene? Cum poate conștientizarea sporită a practicilor ericksoniene să consolideze aplicarea de către clinician a acestor tehnici cu eficacitate dovedită? Iată întrebările pe care le vom explora în acest capitol. Deși metodele ericksoniene sînt relevante pentru toate tulburările de anxietate, tratamentul tulburării de panică și al tulburării obsesiv-compulsive va servi ca model ilustrativ.

Tratamentul tulburării de panică

Persoanele care suferă de tulburare de panică manifestă episoade bruște de teamă intensă și copleșitoare care par să survină fără un motiv aparent. Simptomele fizice pot include ritm cardiac accelerat, dureri în piept, dificultăți de respirație, o senzație de sufocare, amețeală, înțepături sau amorțeală și gînduri asociate acestora, vizînd teama de o nenorocire iminentă, cum ar fi umilința, boala fizică sau moartea.

Tratamentul prin expunere, în care pacientul este instruit să rămînă în situațiile de care se teme pe parcursul unor perioade prelungite, este o abordare terapeutică a tulburării de panică bine documentată (Marks, 1987). Terapia cognitivă, cu accent pe confruntarea schemelor negative, capătă susținere în literatura de specialitate (Hoffart, 1993). Combinarea acestor abordări, cu protocoalele și rezultatele lor care se suprapun, se va dovedi probabil tratamentul cel mai eficace.

O prezentare scurtă a teoriei perpetuării panicii și a tratamentului standard al panicii poate susține această ipoteză. Cei care suferă de panică manifestă o sensibilizare la reacția de anxietate. Odată ce devin conștienți de senzațiile fizice de intensitate redusă sau decid să se implice într-o situație despre care știu că este asociată cu panica, au tendința să se pregătească psihologic și fizic pentru panică. De asemenea, se tem că orice anxietate, odată apărută, va crește în intensitate, cauzînd panică, și va dura o perioadă interminabilă. Printre strategiile lor de a face față acestor momente se numără convingerea că singura modalitate de a gestiona simptomele este evitarea lor sau fuga. Astfel, dezvoltă soluții defensive complicate, pentru a pune capăt sentimentelor nocive.

Pentru a controla simptomele de anxietate cauzate de panică, trebuie să aibă loc trei evenimente. În primul rînd, trebuie activate structurile fricii pacienților: aceștia trebuie să-și confrunte în mod direct sentimentele de teamă, pe parcursul unor perioade prelungite, fără să se retragă și fără să le blocheze. În al doilea rînd, trebuie să descopere că finalul catastrofic anticipat (de exemplu, faptul că simptomele vor

dura la nesfîrșit) nu are loc. Și, în al treilea rînd, trebuie să devină autoeficienți, termen introdus de Bandura (1977), adică să concluzioneze că acțiunile lor specifice nu au condus la un final chiar atît de oribil. Acest tip specific de expunere are drept consecință habituarea.

Simpla aplicare a teoriei tratamentului nu înseamnă întotdeauna un rezultat de succes în practica clinică. Evitarea fizică și cognitivă pe parcursul expunerii (spre exemplu, poziționarea lîngă o ieșire, așezarea în momentul în care apare senzația de amețeală, proviziile de benzodiazepină sau planul de evadare) poate diminua efectele expunerii, inhibînd activarea fricii și procesele de habituare. Pacientul se gîndește: „Dacă n-aș fi făcut *asta*, simptomele ar fi fost imposibil de gestionat”. Prin urmare, o astfel de evitare în timpul expunerii interferează cu procesul de habituare (Grayson, Foa și Steketee, 1982). Atribuirea greșită a rezultatelor experimentelor, mai ales prin asumarea locului controlului extern, va anula de asemenea habituarea. Cînd pacienții conchid: „Nu m-am panicat deoarece mallul nu era prea aglomerat” (sau „...fiindcă pur și simplu s-a întîmplat să fie o zi bună”), atunci exercițiile de expunere nu vor servi drept factor consolidant al unui nou ansamblu cognitiv terapeutic.

Recontextualizarea și abordarea paradoxală

Principiile strategice și ericksoniene sînt forțele călăuzitoare ale intervențiilor clinice pentru tulburarea de panică. Cînd sînt eficiente, ele fac să avanseze obiectivele terapeutice

(confruntarea situațiilor cauzatoare de teamă și dobîndirea autoeficienței) și evită strategiile defensive ale pacienților (evitarea fizică sau cognitivă și atribuirea succesului unor cauze greșite).

Integrarea aspectelor comportamentului, ale percepțiilor, ale aptitudinilor și ale abilităților pacientului în intervenția terapeutică era abordarea caracteristică a lui Erickson (1958). În cadrul acestui model, clinicianul consideră strategiile pacienților cu tulburare de panică – evitarea situațiilor amenințătoare, teama de cele mai rele deznodăminte și încercarea de a bloca apariția simptomelor fizice – reflectări legitime ale stărilor interioare ale pacienților și ale perspectivelor lor asupra lumii. Intervenind și respectînd totodată acest nivel mai profund de semnificație, schimbările terapeutice pot începe să dărîme fortăreața construită de teama de panică, iar aceste schimbări se pot stabiliza pe termen lung. După cum spunea Erickson: „Uneori – de fapt, mai des decît ne dăm seama –, terapia se poate fundamenta solid doar prin utilizarea manifestărilor stupide, absurde, iraționale și contradictorii” (Erickson, 1965, p. 59).

Watzlawick și colegii săi au fost primii care au definit recontextualizarea drept modificarea percepțiilor pacienților cu privire la o problemă, la soluțiile ei sau la resursele lor, în așa fel încît intervențiile terapeutice să fie consolidate: „Ceea ce se dovedește a fi schimbat ca rezultat al recontextualizării este semnificația atribuită situației și, prin urmare, consecințele ei, dar nu și realitățile ei concrete” (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1974, p. 95).

Recontextualizarea este esențială aici și este un principiu central al terapiei cognitive (Clark, 1986). Cei care suferă de

tulburare de panică trebuie să-și creeze o nouă interpretare a simptomelor care le produc disconfort, atît sub aspectul cauzelor acestora, cît și sub aspectul consecințelor lor. Un atac de panică survine cînd persoana interpretează senzațiile fizice inofensive (tahicardia, amețeala) sau experiențele psihologice (gîndurile care se succedă rapid, teama de moarte) ca fiind periculoase. Această evaluare catastrofală conduce la amplificarea rapidă a anxietății, care, la rîndul său, intensifică simptomele și produce episodul de panică. În terapia cognitivă, clinicianul confruntă catastrofica interpretare eronată a acestor senzații fizice și psihologice trăite înainte sau în timpul atacurilor de panică (fie ele induse sau spontane). Experimentele comportamentale pun sub semnul întrebării ipotezele pacienților cu privire la deznodămintele de temut. Acestea permit expunerea la situații externe generatoare de anxietate și expunerea interioară la senzații fizice temute (cum ar fi amețeala cauzată de hiperventilația voită). În această manieră, terapeutul propune o ipoteză alternativă, conform căreia reacțiile somatice și psihice ale pacientului nu sînt primele semnale ale unui infarct sau leșin, ci manifestări ale anxietății, care vor dispărea treptat. Acesta este un prim exemplu de recontextualizare: schimbarea interpretării unei situații particulare, pentru a obține un beneficiu terapeutic.

Concomitent, misiunea de a întrerupe ansamblul cognitiv aflat în derulare poate fi dificilă, deoarece structura fricii este foarte rezistentă. Protocoalele blînde, pas cu pas, care încurajează săptămîni de exerciții de relaxare, urmate de expuneri treptate la declanșatori specifici, conduc la rezultate minime, deoarece nu sînt satisfăcute criteriile habituării.

Clinicianul nu trebuie să uite că expunerea directă și prelungită, cu mecanisme defensive active minime, oferă pacienților cel mai puternic instrument de vindecare. Rossi ne amintește acest lucru: „Evitarea, rezistența sau blocarea unei probleme nu face decît să împiedice persoana să o acceseze și să o recontextualizeze terapeutic. Cînd o problemă sau un simptom «bîntuie» un pacient, motivul este doar faptul că mintea și natura încearcă să le aducă la nivelul conștientizării, ca să poată fi rezolvate” (1986, p. 82). Această perspectivă ajută clinicianul să ridice experimentele comportamentale la un nivel de maximă prioritate în cadrul ședințelor și în intervalele dintre acestea.

Este esențial ca pacientul și clinicianul să-și unească forțele în efortul terapeutic. Pentru aceasta, se impune ca pacienții să adopte o perspectivă paradoxală vizînd procesul de recuperare din tulburarea de panică. Odată acceptată această formă de contextualizare, pacienții propun adesea sarcini de lucru pentru acasă și alte experimente comportamentale, independent de directivele clinicianului.

Cea mai directă metodă de a atinge această etapă în care pacientul devine coordonatorul procesului de recuperare este propunerea unui scurt ansamblu de directive terapeutice la începutul tratamentului. Adoptarea acestor directive și respectarea lor vor cauza o transformare imediată a dinamicii puterii, deoarece simptomele asociate panicii se transformă din acțiuni involuntare, disociate, în acțiuni voluntare. Pacienții tipici încep tratamentul folosind următoarele imperative: teme-te de simptome, opune-le rezistență și apără-te de ele, împiedică-le să se agraveze sau să fie observate, fă-ți

griji ca nu cumva să pierzi controlul, fii pregătit și evită situațiile amenințătoare.

Adoptarea unei orientări paradoxale constituie adesea o „verigă lipsă” atunci cînd tratamentul tulburării de panică ajunge să dea greș. Cu alte cuvinte, o persoană poate încerca abordarea simptomelor folosind o tehnică „corectă”, dar poate rămîne ancorată în necesitatea de a opune rezistență și de a fi speriată. Atitudinea pacientului este de obicei următoarea: „Ar fi bine ca tehnica asta să dea rezultate, fiindcă nu mai pot tolera alte simptome!”. Următoarele patru atitudini paradoxale reflectă fundamentul central al tuturor experimentelor comportamentale. Acestea sînt introduse în timpul ședințelor inițiale de tratament și rămîn în prim-plan pe parcursul tuturor ședințelor de terapie cognitiv-comportamentală:

1. Caută și acceptă disconfortul.
2. Nu face ceva anume, stai liniștit.
3. E-n regulă dacă metoda nu funcționează.
4. Vreau să am mai multe simptome acum.

Observați că fiecare atitudine contrazice o reacție naturală, instinctivă la simptomele de panică. Toți ne dorim confort. Cînd sîntem speriați, avem impulsul de a acționa; mintea noastră e asaltată de gînduri și vrem să ne mișcăm. Toate strategiile pe care le invocăm au scopul expres de a pune capăt suferinței; vrem ca ele să dea rezultate! Iar ultimul lucru pe care ni-l dorim este să începem să ne simțim și mai rău.

Hipnoza și repetiția vizuală

În orice etapă a procesului de tratament, hipnoza poate contribui la atingerea obiectivelor terapeutice, făcînd explorări în afara cadrului de referință obișnuit al pacientului. Fenomenele hipnotice, fie în cadrul transei formale, fie în afara ei, amplifică sentimentul de control al pacientului și, prin urmare, responsabilitatea pentru circumstanțe. Acestea sporesc receptivitatea pacientului față de idei noi, consolidează încrederea și limitează anumite tipare de reacție, extinzîndu-le pe altele (Wilson, 1985). Tipurile de fenomene hipnotice și beneficiile lor sînt ample, incluzînd:

1. *Disocierea* – a fi martor la o scenă care generează anxietate fără a simți disconfort; repetiția noilor lucruri învățate; pregătirea pentru alte fenomene de transă.
2. *Regresia de vîrstă* – accesarea evenimentelor anterioare semnificative și găsirea resurselor; întoarcerea în timp, înainte de apariția fricii.
3. *Hipermnezia* – adunarea informațiilor diagnostice; clarificarea detaliilor despre un eveniment anterior; pregătirea pentru un discurs/test/eveniment.
4. *Distorsiune temporală* – diminuarea perioadelor de panică sau anxietate; lungirea intervalelor confortabile; pregătirea pentru regresia de vîrstă sau pentru pseudoorientarea în timp.
5. *Pseudoorientarea în timp* – dezvoltarea unor gînduri, emoții și convingeri diferite la confruntarea cu o amintire veche; modificarea fragmentelor unui imaginar problematic; călătoria în viitor și experimentarea succesului; plănuirea

„în sens invers”, pornind de la un viitor de succes; accesarea resurselor din viitor; exersarea lucrurilor învățate.

6. *Halucinarea pozitivă* – intensificarea unei resurse; exersarea lucrurilor noi învățate.
7. *Halucinarea negativă* – neobservarea stimulilor inconfortabili (aglomerații de oameni, obiecte care înspăimîntă).
8. *Amnezia* – protejarea de traume din trecut, pentru sugestii posthipnotice; uitarea atacurilor de anxietate din trecut.

Unul dintre fenomenele hipnotice cele mai productive este progresia de vîrstă. Acest instrument de bază nu este doar o unealtă esențială pentru exersarea aptitudinilor necesare unei sarcini comportamentale viitoare, ci ajută și la integrarea unui sentiment al succesului pe termen lung într-un viitor sănătos. Majoritatea pacienților cu tulburare de panică sînt elevi talentați în arta progresiei înspre viitor. Dificultatea cu care se confruntă constă în faptul că 100% din imaginile lor sînt de obicei imagini ale eșecului.

Progresia hipnotică de vîrstă concentrează atenția pacienților în direcția unui răspuns terapeutic, nu a unuia catastrofic. Sugestiile conțin o implicație psihologică puternică privind faptul că reacția dorită va avea loc. Cea mai mare contribuție a sa este perturbarea ansamblurilor cognitive negative ale pacienților. Unii pacienți sînt atît de puternic convinși că abilitățile lor de adaptare vor continua să fie inadecvate și că rezultatele sarcinilor de lucru vor continua să fie negative, încît au puțină încredere în procesul terapeutic. Folosirea constrîngerilor asociate cu progresia de vîrstă vizează acest conflict defensiv. Erickson, Rossi și Rossi

consideră constrîngerile duble „impasuri ușoare, care îi oferă pacientului o șansă de a evolua. Aceste impasuri sînt forme hipnotice indirecte, deoarece au tendința să blocheze sau să perturbe atitudinile și cadrele de referință obișnuite ale pacientului, astfel încît alegerea devine dificilă la nivel conștient, voluntar” (1976, p. 63).

O constrîngere simplă, adăugată la exersarea unei sarcini hipnotice comune, exemplifică beneficiile. Iată o descriere a unei astfel de „vizualizări a unei sarcini îndeplinite cu succes”: „Vizualizați-vă efectuînd sarcina. Permiteți-vă să experimentați două-trei episoade în care resimțiți un oarecare disconfort tipic. Apoi exersați aptitudinile de adaptare pe care doriți să le folosiți pentru a vă simți mai bine pe parcursul acelui disconfort. Imaginați-vă că acele aptitudini *sînt aplicate cu succes*”. Observați că, deși majoritatea elementelor situației sînt realiste, rezultatele nu sînt lăsate la voia întîmplării.

Alte constrîngeri referitoare la progresia de vîrstă includ imaginarea sinelui în viitorul îndepărtat, mult timp după depășirea problemei; trecerea firească prin situații viitoare pasibile de a genera teamă; capacitatea de a gestiona cu ușurință aceste situații; disocierea de sentimentele negative sau vizualizarea unui eveniment viitor complex, fără a avea nici un fel de probleme, timp de 30 de secunde. Grinder și Bandler (1981) sugerează că pacienții, după ce ating obiectivul terapeutic în transă, au experiența viitorului cu extrem de multe detalii senzoriale. În acest proces, numit explorarea viitorului, pacienții își amintesc pașii intermediari care i-au ajutat să atingă rezultatul dorit.

Tratamentul tulburării obsesiv-compulsive

Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) era considerată o afecțiune cronică ce nu răspunde la tratament (Kringlen, 1965), pînă la apariția terapiei cognitiv-comportamentale (TCC) la începutul anilor ’80. O diversitate de studii au arătat apoi că atît intervențiile cognitive, cît și cele comportamentale reușeau cu succes să diminueze preocupările obsesive și să elimine ritualurile compulsive (Emmelkamp și Beens, 1991; Emmelkamp, Visser și Hoekstra, 1988; Van Oppen, de Haan, van Balkom *et al.*, 1995; Foa, Kozak, Steketee și McCarthy, 1992; Hoogduin și Duivenvoorden, 1988).

În prezent, expunerea și prevenirea reacției (EPR) reprezintă cea mai apreciată paradigmă de tratament prin terapia cognitiv-comportamentală. Expunerea este confruntarea deliberată a situațiilor generatoare de anxietate. Prevenirea reacțiilor înseamnă abținerea de la ritualuri compulsive. Această combinație este efectuată sub formă de asaltare, pacienții provocîndu-și obsesiile și menținîndu-și detresa pe perioade mari, fapt care contribuie la habituare. EPR se dovedește invariabil eficace pe termen lung. De exemplu, O’Sullivan și Marks (1991) au efectuat o metaanaliză a nouă studii vizînd rezultatele tratamentului. Au descoperit că 79% dintre pacienți au înregistrat îmbunătățiri sau progrese foarte mari la intervale cuprinse între unu și șase ani după tratament, simptomele TOC fiind reduse în medie cu 60%.

Totuși, EPR, prin specificul său, îi înspăimîntă pe pacienți și conduce la evitare. Un studiu a raportat că 25% dintre pacienții cu TOC care au solicitat ajutor au refuzat să participe

la un program EPR, din cauza acestui risc (Steketee, Foa și Grayson, 1982).

Principiile ericksoniene nu contestă principiile fundamentale ale EPR, ci sînt contribuții suplimentare care scad procentul renunțărilor, consolidează încrederea pacienților și măresc astfel rata succesului. Strategiile asociate cu aceste principii includ recontextualizarea, abordarea fracționată și o diversitate de perturbări ale tiparelor.

Recontextualizarea

Recontextualizarea simptomelor TOC reprezintă intervenția inițială care creează cadrul tuturor celorlalte intervenții viitoare. Pacienții învață că modul în care percep problema și soluția constituie de fapt elementul care perpetuează problema. Patru principii le oferă o structură în cadrul căreia să conceptualizeze toate intervențiile terapeutice. Terapeuții și pacienții își concentrează atenția asupra înțelegerii acestor principii, în etapele inițiale ale tratamentului. Fiecare principiu, deși destul de simplu, constituie o contrazicere directă a cadrului conștient al pacientului. Terapeuții mențin atenția asupra acestor patru principii în fiecare ședință. Sînt efectuate experimente comportamentale, sînt relatate succesele altor pacienți, conceptele sînt ilustrate prin analogii și metafore, toate acestea pentru a consolida recontextualizarea ansamblului conștient.

Iată care sînt principiile:

1. Acționați ca și cum conținutul obsesiei ar fi irelevant. În cazul acestei constrîngeri, clinicienii nu trebuie să

convingă pacienții că gîndul de care se tem este irațional (familia, prietenii și specialiștii terapeuți care i-au tratat anterior pot confirma că această tentativă este sortită eșecului). Scopul tratamentului este să vă comportați *ca și cum* ar fi irelevant.

2. Acceptați obsesiile în loc să le opuneți rezistență. Iată prima componentă a acestei abordări paradoxale. Toate intervențiile cu scopul de a manipula obsesiile încep prin a le accepta exact așa cum sînt.
3. Căutați incertitudinea. Aceasta este o tulburare bazată pe incertitudine. Totuși, a vă abandona acestui fapt nu este suficient. Pacienții trebuie să „gonească spre tumult”. Orice experimente comportamentale pe care le efectuează vin în sprijinul intenției lor de a deveni activi în rutinele lor zilnice, menținîndu-și îndoiala cu privire la tema obsesivă.
4. Căutați detresa. Incertitudinea alimentează detresa. Pe măsură ce pacienții continuă să înțeleagă faptul că suferă de o tulburare anxioasă, ei pricep că expunerea directă la anxietate este calea de a scăpa de TOC.

Abordarea fracționată și întreruperea tiparelor

Intervențiile strategice vizează obsesii și compulsii specifice. Dacă recontextualizarea directă stabilește un model de autoajutorare în cazul TOC, întîlnirea clipă de clipă cu detresa merită o linie de atac mai atentă. Întrucît anxietatea expunerii iminente poate afecta dedicarea față de practica comportamentală, o abordare fracționată a diminuării

simptomelor poate determina un nivel sporit de cooperare. Rossi, Ryan și Sharp rezumă metoda lui Erickson: „Abordați corectarea psihopatologiei printr-o eradicare treptată, nu încercînd să o contestați, să o contraziceți sau să o anihilați” (1983, p. 199).

Abordarea perturbării tiparelor prin intermediul utilizării implică modificări simple ale tiparelor comportamentale ale pacientului și ale circumstanțelor acesteia (Haley, 1973). Erickson a scris despre acest proces încă din anii ’30 (Rossi, 1980, vol. IV, p. 254), declarînd că amploarea perturbării poate să pară minimă, dar să impulsioneze totuși o schimbare. A continuat să pună accent pe valoarea acestui mecanism de-a lungul întregii sale cariere. În 1978, a încurajat clinicienii „să încerce să facă ceva ce induce o schimbare la pacient [...], o schimbare cît de mică, deoarece pacientul își dorește o schimbare, oricît de mică, și va accepta detaliul ca pe o schimbare. [...] Iar schimbarea va evolua în funcție de propriile sale necesități. [...] E ca și cum ai lansa un bulgăre de zăpadă la vale, de pe o culme [...]” (Gordon și Meyers-Anderson, 1981, pp. 16-17).

În acest mod, obsesiile pot fi perturbate prin tehnici precum: amînarea, transpunerea în scris sau cîntarea lor, modificarea imaginilor obsesive și structurarea intervalului zilnic „de făcut griji” (Foa și Wilson, 1991). Fiecare dintre aceste strategii menține unele componente centrale ale obsesiei, întrerupîndu-le pe altele. De exemplu, în cazul amînării, pacienților li se permite să aibă obsesii, dar trebuie să aleagă intervalul orar în care au voie să-și dezvolte obsesiile. Amînarea poate dura două ore sau mai mult, sau doar zece secunde; durata contează mai puțin decît

schimbarea pe care o înregistrează pacientul. Amînarea unei obsesii transformă instantaneu un proces de lungă durată, aparent netratabil și involuntar într-un proces voluntar.

La fel, cînd pacienții sînt de acord să-și formuleze obsesiile sub formă de cîntec, ei continuă să-și exprime vocal gîndurile repetitive, obsedante, doar că acum cuvintele sînt însoțite de o melodie simplă. Nu numai că este dificil să dezvolte anxietate cînd cîntă, dar disponibilitatea de a efectua această sarcină de lucru este o manifestare cel puțin a unei schimbări inițiale la nivelul sistemului lor de convingeri. Cînd un tată cîntă: „Îmi voi ucide fiul, îl voi înjunghia în inimă, nu voi reuși niciodată să accept ceea ce am făcut”, este foarte probabil că el începe să accepte ideea că obsesiile sale au un conținut irelevant.

Tehnicile strategice pentru ritualuri sînt concepute astfel încît să întîmpine o rezistență redusă a pacientului și, prin urmare, să promoveze experimentul și să diminueze evitarea. La fel ca în cazul obsesiilor, ele întrerup procesul standard al compulsiei, menținînd componente semnificative ale cadrului compulsiv. Patru proceduri îi pregătesc pe pacienți să renunțe la ritualurile lor: amînarea, gîndirea și acționarea cu încetinitorul, modificarea unui aspect al ritualului și adăugarea unei consecințe (Wilson, 1999). Toate aceste intervenții, deși încep cu o schimbare strategică minimă, au drept scop să-i conducă pe pacienți spre prevenirea reacției, care constă în refuzul de a iniția comportamentul compulsiv. Amînarea este efectuată în mod asemănător cu utilizarea sa în cazul obsesiilor, cînd pacienții amînă ritualul pentru o perioadă prestabilită, imediat ce simt necesitatea inițială de a-l efectua. Procedura „cu încetinitorul” este aplicată cel mai adesea în cazul ritualurilor de verificare, cînd pacienții înlocuiesc

cîteva repetări ale aceleiași acțiuni cu o secvență unică, lungă, folosind mișcări fizice și gînduri lente, deliberate.

Compulsiile sînt structuri de obicei rigide pe care pacienții le valorizează mult. Cînd tiparele lor sînt întrerupte de manevre mici, cu potențial amenințător mic, ritualurile devin susceptibile să dispară. De exemplu, un tînăr strîngea buretele compulsiv de zece ori după ce făcea curat în bucătărie (unul dintre cele în jur de 16 ritualuri diferite din repertoriul său). În prima săptămînă, i s-a cerut să treacă buretele dintr-o mînă în alta, de fiecare dată cînd îl strîngea. În a doua săptămînă, i s-a spus să arunce buretele dintr-o mînă în alta, de fiecare dată cînd îl strîngea. În săptămîna a treia, era destul de stăpîn pe sine încît să-l strîngă o singură dată, schimbare care s-a menținut în timp. Pacientul a perceput trecerea buretelui dintr-o mînă în alta ca pe o schimbare minoră în ritualul său care dura de multă vreme. Totuși, noul ritual data de doar șapte zile. Amenințarea modificării unui ritual nou creat era semnificativ mai redusă decît cea a modificării unui ritual vechi de patru ani.

O'Hanlon (1987, pp. 36-37) a enumerat o serie de intervenții comune ale lui Erickson asupra tiparelor, fiecare dintre ele putînd fi adaptată pentru a fi folosită în cazul compulsiilor. Printre acestea se numără modificarea ordinii tiparelor, schimbarea frecvenței repetițiilor, schimbarea obiectelor folosite și schimbarea locului sau a modului de efectuare a ritualului. De exemplu, dacă pacienții au o secvență precisă de ritualuri la culcare, pot exersa efectuarea lor scriind activitățile pe bucăți de hîrtie pe care să le extragă aleatoriu dintr-un borcan, în fiecare seară, pentru a le stabili ordinea. Dacă pacienții trebuie să acționeze frîna de urgență

de patru ori, pot iniția o intervenție folosind trei seturi a cîte două repetări. Dacă pacienții fac duș timp de o oră și jumătate în fiecare zi, pot încerca să iasă din duș la fiecare 15 minute, să se șteargă și să iasă din baie, înainte de a reveni sub duș pentru următoarea secvență de 15 minute.

Pacienții reacționează adesea la o compulsie atît de brusc, încît conștientizează procesul abia la mijlocul comportamentului sau după finalizarea acestuia. Adăugarea unei consecințe a ritualului, asemănătoare terapiei prin consecințe negative a lui Haley (1984), contribuie la stimularea conștientizării pe măsură ce pacienții ajung în noi situații care declanșează compulsia. De exemplu, cei care efectuează ritualuri de verificare se pot angaja să se plimbe timp de 35 de minute după serviciu, în orice zi în care se surprind verificînd „întîmplător" aragazul cînd ies pe ușă dimineața. Alte sarcini comune sînt să adune gunoaiele din parc timp de 30 de minute, să pună cîte un dolar în „borcanul cu donații" la fiecare repetare sau să copieze manual poezii timp de 15 minute. Majoritatea pacienților consideră aceste sarcini un joc la care trebuie să cîștige, nu o „pedeapsă". E destul de des întîlnită situația în care un pacient își începe ședința zîmbind larg și afirmînd cu mîndrie: „În săptămîna asta, a trebuit să mă plimb o singură dată!".

Rezumat și concluzii

Terapia cognitiv-comportamentală s-a dovedit a fi cea mai eficientă psihoterapie actuală pentru tulburările anxioase. În cadrul acestui model de tratament, pacienții trebuie să accepte și să tolereze detresa în diverse doze, învățînd că acele consecințe temute fie nu se adeveresc, fie pot fi tolerate. Astfel, ei își dezvoltă autoeficiența și habituarea. Totuși, realitățile practicii clinice arată că, pentru a spori rata de succes, protocoalele de tratament nu trebuie respectate în mod rigid. Cînd află care sînt cerințele TCC, unii pacienți refuză tratamentul, iar alții îl abandonează prematur.

Metodele ericksoniene fac mai plăcute tehnicile comune ale TCC, care includ recontextualizarea și intervențiile paradoxale, repetiția vizuală și abordarea fracționată. La fel de important, strategiile ericksoniene măresc eficiența TCC prin angajamentul de a utiliza stările fizice, emoționale și perceptive actuale ale pacienților. Capacitatea de a relaționa, introducerea treptată a intervențiilor, generarea constrîngerilor terapeutice și perturbarea tiparelor nu doar stimulează pacientul să efectueze sarcinile de lucru pentru acasă și contribuie la diminuarea procentului de abandon al tratamentului, ci sporește de asemenea probabilitatea întreruperii tiparelor rigide ale pacienților.

În cazul multor persoane, tulburările de anxietate pot apărea periodic de-a lungul ciclului existențial. Directivele scurte, specifice, pe care se insistă pe parcursul tratamentului, pot deveni strategii de prevenire a recidivelor, ajutînd pacienții să aibă forța necesară pentru a-și menține beneficiile în timp.

Principalele directive în tulburarea de panică

- ► Caută și acceptă disconfortul.
- ► Nu face ceva anume, stai liniștit.
- ► E-n regulă dacă metoda nu funcționează.
- ► Vreau să am mai multe simptome acum.

Principalele directive în tulburarea obsesiv-compulsivă

- ► Acționează ca și cum conținutul obsesiei este irelevant.
- ► Acceptă obsesiile, în loc să li te opui.
- ► Încearcă să simți nesiguranță.
- ► Încearcă să simți detresa.

Bibliografie

Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.

Alon, N. (1985). An Ericksonian approach to the treatment of chronic posttraumatic stress disorder patients. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. II*: Clinical applications* (pp. 307-326). New York: Brunner/Mazel.

Aronson, E.R. (1987). Ericksonian utilization in shyness intervention with adolescents. În S. Lankton (ed.), *Ericksonian monographs, no. 2: Central themes and principles of Ericksonian therapy* (pp. 96-118). New York: Brunner/Mazel.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Beck, J.G., Bourg, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder in adults. În R.T. Ammerman, M. Hersen (eds.), *Handbook of behavior therapy with children and adults: A developmental perspective* (pp. 167-185). Boston: Allyn & Bacon.

Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Treatment*, 24, 461-471.

Edgette, J.K. (1985). The utilization of Ericksonian principles of hypnotherapy with agoraphobics. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. II*: Clinical applications* (pp. 286-291). New York: Brunner/Mazel.

Emmelkamp, P.M.G., Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 29, 293-300.

Emmelkamp, P.M.G., Visser, S., Hoekstra, R.J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.

Erickson, M.H. (1958). Naturalistic techniques of hypnosis: Utilization techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3-8.

Erickson, M.H. (1965). The use of symptoms as an integral part of therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 57-65.

Erickson, M.H. (1980). Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. În E.L. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D.,* vol. IV (pp. 397-423). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980). Utilization approaches to hypnotherapy. În E.L. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D.,* vol. IV (pp. 147-234). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestions.* New York: Wiley.

Feldman, J. (1988). A comparison of Ericksonian and cognitive therapies. În S. Lankton, J. Zeig (eds.), *Ericksonian monographs, no. 4: Research, comparisons and medical applications of Ericksonian techniques* (pp. 57-73). New York: Brunner/Mazel.

Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1982). *Tactics of change.* San Francisco: Jossey-Bass.

Foa, E.B., Kozak, M.J., Steketee, G.S., McCarthy, P.R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.

Foa, E.B., Wilson, R.R. (1991). *Stop obsessing!: How to overcome your obsessions and compulsions.* New York: Bantam Books.

Gordon, D., Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: Therapeutic patterns of Milton H. Erickson.* Cupertino, CA: Meta Publications.

Grayson, J.B., Foa, E.B., Steketee, G. (1982). Habituation during exposure treatment: Distraction versus attention-focusing. *Behavior Research and Therapy*, 20, 323-328.

Grinder, J., Bandler, R. (1981). *TRANCE-formations: Neurolinguistic programming and the structure of hypnosis.* Moab, UT: Real People Press.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Hay Group (1998). Health care plan design and cost trends: 1988 through 1997. Pregătită pentru National Association

of Psychiatric Health Systems, Association of Behavioral Group Practices, National Alliance for the Mentally Ill. New York.

Hoffart, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91.

Hoogduin, C.A.L., Duivenvoorden, H.J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.

Kringlen, E. (1965). Obsessional neurotics: A long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 111, 709-722.

Marks, I.M. (1987). Fears, phobias, and rituals. În *Panic, anxiety, and their disorders.* New York: Oxford University Press.

Marks, I.M., Gelder, M.G., Edwards, G. (1968). Hypnosis and desensitization for phobias: A controlled prospective trial. *British Journal of Psychiatry*, 114, 1263-1274.

O'Hanlon, W.H. (1987). *Taproots: Underlying principles of Milton Erickson's therapy and hypnosis.* New York: Norton.

O'Sullivan, G., Marks, I. (1991). Follow-up studies of behavioral treatment of phobic and obsessive-compulsive neuroses. *Psychiatric Annals*, 21, 368-373.

Prior, M. (1991). Ericksonian hypnosis in the treatment of clients with examination panic. În S. Lankton, S.G. Gilligan, J. Zeig (eds.), *Ericksonian monographs, no.8: Views on Ericksonian brief therapy, process and action* (pp. 95-105). New York: Brunner/Mazel.

Regier, D.A., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., Blazer, D.G., Hough, R.L., Eaton, W.W., Locke, B.Z. (1984). „The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context,

major objectives, and study population characteristics". Archives of General Psychiatry, vol. 41, nr. 10, 934-941.

Robins, L.N., Regier, D.A. (1991). Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study. New York: Free Press.

Rossi, E.L. (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson, M.D.,* vol. IV. New York: Irvington.

Rossi, E.L. (1986). *The psychobiology of mind-body healing: New concepts of therapeutic hypnosis.* New York: Norton.

Rossi, E.L., Ryan, M.O., Sharp, F.A. (1983). *Healing in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson,* vol. I. New York: Irvington.

Steketee, G.S., Foa, E.B., Grayson, J.B. (1982). Recent advances in the treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1365-1371.

Van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A.J.L.M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton.

Wilson, R.R. (1985). Interspersal of hypnotic phenomena within ongoing treatment. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy,* vol. II: *Clinical applications.* New York: Brunner/Mazel.

Wilson, R.R. (1996). *Don't panic: Taking control of anxiety attacks* (ed. rev.). New York: Harper/Perennial.

Wilson, R.R. (1999). Strategic treatment of obsessive-compulsive disorder. În *Current research and thinking in*

brief therapy: Solutions, strategies, narratives, vol. III. New York: Taylor & Francis.

Zeig, J.K. (1980). Symptom prescription and Ericksonian principles of hypnosis and psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23(1), 16-22.

Lecturi recomandate

Barlow, D.H., Cerny, J.A. (1988). *Psychological treatment of panic.* New York: Guilford.

Foa, E.B., Wilson, R.R. (1991). *Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions.* New York: Bantam Books.

Markway, B.G., Carmin, C.N., Pollard, C.A., Flynn, T. (1992). *Dying of embarassment: Help for social anxiety and phobias.* Oakland, CA: New Harbinger.

McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis.* New York: Guilford.

Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder.* New York: Guilford.

Wilson, R.R. (1996). *Don't panic: Taking control of anxiety attacks* (ed. rev.). New York: Harper/Perennial.

Wilson, R.R. (1999). Strategic treatment of obsessive-compulsive disorder. În *Current research and thinking in brief therapy: Solutions, strategies, narratives*, vol. III. New York: Taylor & Francis.

Capitolul 15

Terapia strategică, centrată pe soluții, a depresiei

Lynn D. Johnson

Rezumat

Depresia este o reacție la o diversitate de declanșatori sociali, psihologici și biologici. Tratamentul întîmpină dificultăți din cauza faptului că un număr semnificativ de pacienți renunță la terapie înainte de rezolvarea simptomelor. Johnson și Miller (1994) propun un tratament centrat pe soluții, care are potențialul de a accelera răspunsul la tratament, fapt care poate diminua rata eșecului. Ei au propus un model integrativ, formulările de utilizare ale lui Seligman (1990) și intervențiile centrate pe soluții ale lui De Shazer (1988) și Berg și Miller (1992). Acest capitol detaliază modelul lor și oferă exemplul unui tratament scurt, de succes al depresiei la un pacient cu tendințe suicidare. Sînt

vizate și aspectele legate de recidivă în tratamentul depresiei.

Există o poveste despre un patron de bîlci ai cărui clienți rămîneau prea mult timp în fața unui anumit exponat și aglomerau cortul. Nu putea să vîndă atîtea bilete cîte și-ar fi dorit din cauza mulțimii. A făcut un afiș și l-a pus pe o ușă cu un singur sens. Pe afiș scria: „Spre Egresiune". Desigur, mulți s-au înghesuit să vadă „egresiunea", cuvîntul avînd sensul de „ieșire".

Cînd terapeuții spun că un pacient este „deprimat", eticheta aceasta poate mai degrabă să ascundă decît să ilumineze, iar ei se pot situa în afara razei de acoperire a eficienței terapeutice. Cu alte cuvinte, sîntem captivii propriilor noastre cuvinte. Prea des terapeuții sînt captivați de modele ale depresiei care sugerează că (1) depresia este un fenomen unitar, iar categoriile clare, atribuite de diversele ediții ale *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), sînt reprezentări reale, adecvate ale unor stări literale; prin urmare, (2) toți pacienții deprimați trec neapărat prin același proces, fie că este vorba despre refacerea presupuselor dezechilibre chimice, despre învățarea modalităților de exprimare a mîniei, rezolvarea nevrozei oedipale sau corectarea proceselor de gîndire deficitare.

Paul Wachtel (1993) a evidențiat cu discernămînt modul în care conceptul numit „contratransfer" poate masca impactul teoriei asupra terapeutului. El afirmă:

> Sentimentele evocate în noi de pacient depind nu numai de istoricul nostru personal, ci și de configurația noastră în

timp ce abordăm pacientul și misiunea terapeutică. La rîndul său, această configurație depinde de felul în care conceptualizăm specificul dificultăților psihologice și procesul terapeutic. Faptul că îl considerăm pe pacient ca fiind manipulator, de exemplu, depinde la fel de mult de teorie și de influențele mai personale și idiosincratice. Pentru unii terapeuți, comportamentul care poate fi descris drept manipulator este înțeles în schimb ca tentativa pacientului, imperfectă și în mare parte autodăunătoare, de a obține o anumită doză de stimă de sine într-o existență împovărată de presupuneri greșite cu privire la interacțiunea umană și la experiențele neplăcute care decurg din aceasta. În plus, cît de manipulator, sau rezistent, sau ostil, sau inaccesibil pare pacientul din perspectiva terapeutului depinde și de cît de competent și de pregătit se simte *terapeutul*. Cînd acesta se simte competent în prezența unui pacient, cînd simte că știe ce să spună și cum să fie eficient din punct de vedere terapeutic, pacientul îi pare în general mai simpatic și îi este mai ușor să empatizeze cu emoțiile manifestate de el.

După cum a observat Miller (1993), adevărata valoare a teoriei centrate pe soluții nu constă atît în faptul că îmbunătățește clar reacția pacientului, cît mai degrabă în acela că îl eliberează pe terapeut de teorii care pot produce daune de natură iatrogenă. Presupunerile terapiei de scurtă durată centrată pe soluții cu privire la posibilitatea ca o schimbare la nivelul opiniei despre o problemă sau la nivelul mecanismelor ei poate rezolva imediat orice problemă îl

determină pe terapeut să facă mai puțin rău decît o teorie care impune o prelucrare de durată a materialului reprimat.

În general, s-a descoperit că psihoterapia psihodinamică de scurtă durată pare să fie mai puțin eficientă decît terapia cognitivă de foarte scurtă durată (1-12 vizite) și că are o eficiență echivalentă cu cea a terapiei cognitive mai lungi de 12 ședințe (Steenburger, 1994). S-a presupus că terapeuții psihodinamici ar vedea pacienți mai dificili și, prin urmare, ar avea nevoie de mai mult timp pentru a obține rezultate valoroase. Spre deosebire de poziția adoptată de Johnson (1995), acum există dovezi (Shapiro, Rees, Barkham *et al*., 1995) că, în cazul pacienților echivalenți, terapia psihodinamică nu oferă la fel de mult ajutor în șase ședințe ca terapia cognitivă. Totuși, dacă pacienții au rămas în terapie timp de 12 ședințe, terapia cognitivă și cea psihodinamică s-au dovedit echivalente. Dacă aceste informații susțin ideea că factorii comuni sînt responsabili pentru o mare parte din efectul psihoterapiei, ei oferă și un argument bun pentru timp × teorie/tehnică. Se pare că în terapia de scurtă durată tehnica are o anumită pondere. Același argument, că există diferențe de nuanță care pot fi atribuite tehnicii/teoriei, a fost formulat și de alți autori, de la terapia psihodinamică la terapia centrată pe soluții.

Dacă tehnica centrată pe soluții are într-adevăr efect este o întrebare esențială, dar depășește cadrul acestui articol. Bănuim că concentrarea pe schimbări imediate la nivelul percepției și al comportamentului contează destul de mult, mai ales sub aspectul vitezei schimbării. Cu alte cuvinte, credem că terapia de scurtă durată centrată pe soluții poate accelera răspunsul la tratament, evitînd presupusul

avantaj al medicației, acela că ar da rezultate mai rapid decît psihoterapia.

Această descoperire a fost limpede evidențiată de Programul de cercetare a tratamentului cooperativ al depresiei al Institutului Național de Sănătate Mentală. După cum am comentat în altă parte (Johnson și Miller, 1994), există un factor care nu a fost remarcat de ceilalți, și anume că în jur de o treime dintre pacienți nu au reușit să încheie tratamentul pentru depresie și au rămas depresivi, fără să reacționeze la tratament. Dacă mai mulți pacienți au renunțat la managementul prin medicație și prin placebo/metode clinice, chiar și terapia interpersonală și cognitivă a înregistrat probleme legate de abandon.

Este posibil ca mulți terapeuți care au învățat modele de tratament pe termen lung să considere că un pacient renunță la terapie cînd a obținut ceea ce dorea și pune punct de obicei cu sentimente pozitive față de experiența terapiei (Pekarik și Wierzbicki, 1986; Talmon, 1990). Aici nu discutăm despre acest fapt, ci ne referim la pacienții ale căror niveluri de depresie (stabilite prin autoevaluare, folosind Inventarul de depresie Beck sau evaluate de terapeuți, folosind Scala Hamilton de evaluare a depresiei) nu s-au diminuat.

Bănuim că există doi factori implicați în acest tip de abandon al psihoterapiei. În primul rînd, terapeutul poate să reacționeze inadecvat față de pacient, conform relației stabilite prin Statutul Clientului. Cu alte cuvinte, este posibil ca pacientul deprimat să fie un „reclamant” (sau chiar poate un „vizitator”, împins spre terapie de rudele îngrijorate), iar terapeutul atribuie sarcini de lucru, încălcînd regulile implicite ale pacientului.

În al doilea rînd, procesul terapeutic poate conține unii factori iatrogeni care îl fac pe pacient să se simtă mai rău, deși temporar. De exemplu, pacientul ar trebui să fie evaluat în fiecare ședință, folosind întrebările necesare completării scalei Hamilton. Astfel de proceduri de evaluare pot concretiza depresia în mintea pacientului.

Cu siguranță, există alte modalități de a explica abandonul tratamentului. O astfel de explicație ar fi procesul de socializare pe care îl necesită majoritatea terapiilor. Pacientul ar trebui să învețe unele modalități noi de gîndire, care necesită efort și exercițiu. Acest efort și exercițiul pot părea fie prea dificile, fie lipsite de legătură cu felul în care pacientul își înțelege situația. De exemplu, dacă pacientul simte că este deprimat din cauza unui factor biologic pe care nu îl poate controla și dacă terapeutul recomandă o anumită sarcină de lucru, implicația este că depresia e o consecință a unei absențe a comportamentului respectiv, nu un proces biologic, la urma urmei.

Avantajul terapiei de scurtă durată centrată pe soluții este adaptarea tratamentului la dispoziția, atribuțiile, semnificațiile și comportamentele pacientului. În loc să fixeze pacientul pe un pat al lui Procust al teoriei rigide, terapeutul încearcă să vadă care dintre numeroasele intervenții sînt adecvate unui anumit pacient.

Totuși, terapeutul trebuie să aibă o teorie care să-i orienteze și să-i influențeze comportamentul. Este imposibil să se intervină fără un fundament teoretic, la fel cum este imposibil să fie evaluată o persoană fără a o influența simultan. În acest capitol, vom presupune că cititorul este familiarizat cu teoria și tehnica centrate pe soluții (Berg și

Miller, 1992; De Shazer, 1988, 1991). Concomitent, credem că o înțelegere a lui Milton Erickson și a contribuțiilor sale va consolida influența adeptului terapiei de scurtă durată centrată pe soluții. Iar în caz contrar, cînd un terapeut învață terapia centrată pe soluții fără scrierile fundamentale ale lui Erickson, susțin că există un decalaj semnificativ în înțelegerea terapeutului – decalaj care, în unele cazuri foarte dificile, poate crea o situație în care terapia scurtă centrată pe soluții nu are forța necesară pentru a crea schimbare.

Prin urmare, terapeuților le poate fi utilă o hartă a schemelor cognitive posibile care contribuie la depresie. Nu vrem să spunem că ar trebui să folosim schemele pentru a educa pacientul, ci doar pentru a face intervențiile terapeutului raționale și sistematice.

În acest capitol sînt detaliate concepțiile noastre despre aplicarea terapiei centrate pe soluții în cazul depresiei. Sînt prezentate protocoalele generale de tratament și posibilele limite ale tratamentului centrat pe soluții, precum și necesitatea unor abordări care depășesc conținuturile studiilor despre terapia scurtă centrată pe soluții.

Ne-a făcut o impresie favorabilă un anumit model al depresiei care părea să corespundă bine cu concepțiile noastre. Un astfel de model al depresiei, care evidențiază factorii psihologici sau cognitivi, precum cel propus de Seligman (1990), reflectă dovezi conform cărora depresia este în principal o reacție la stres, mediată de variabile cognitive predispozante (*cf*. Metalsky și Joiner, 1992; Sweeney, Anderson și Bailey, 1986). Acest model *diateză-stres* susține că reacția unei persoane la un eveniment stresant este consecința cadrului de referință pe care persoana respectivă îl adoptă cu

privire la evenimentul respectiv. Conform lui Seligman (1990), există trei cadre de referință esențiale pe care o persoană le poate asuma cu privire la un eveniment negativ: (1) evenimentul este fie permanent, fie temporar; (2) evenimentul este fie generalizat, fie proximal; (3) evenimentul este cauzat fie la nivel personal, fie la nivel extern. Seligman argumentează că adoptarea primei alegeri în fiecare dintre cele trei „cadre de referință" anticipează apariția depresiei, iar adoptarea opțiunii secunde anticipează recuperarea după evenimentele stresante.

Tehnicile terapiei de scurtă durată centrate pe soluții par să vizeze în mod fericit cele trei cadre de referință identificate de Seligman. În plus, par să aibă avantajul că durează mai puțin pînă se realizează impactul terapeutic. Studiile efectuate la Centrul de Terapie Scurtă Familială, vizînd o diversitate de categorii de diagnostic, au descoperit că, la o medie de 4,6 ședințe, peste 80% dintre clienți s-au considerat vindecați sau satisfăcuți de rezultatele terapiei (De Shazer, 1991). Datele despre rezultate provenite de la Centrul de Terapie Scurtă din Salt Lake City sînt remarcabil de asemănătoare: 26% dintre pacienți au participat la o ședință; numărul mediu de ședințe este 4,1 și, la fel, pacienții se simt satisfăcuți de felul în care și-au rezolvat problema. În continuarea acestui capitol sînt descrise intervențiile centrate pe soluții, corespunzînd celor trei cadre de referință ale lui Seligman.

Întrebările din terapia de scurtă durată centrată pe soluții și modelul Seligman

Trei tipuri de întrebări din terapia centrată pe soluții par să vizeze cele trei cadre de referință negative identificate de Seligman (1990) drept fundamente ale depresiei: (1) întrebările referitoare la excepție; (2) întrebările referitoare la deznodământ; (3) întrebările referitoare la modul de a face față și/sau la externalizare (Berg și Miller, 1992; De Shazer, 1988; Walter și Peller, 1992). Deși adepții acestui tip de terapie folosesc și alte tipuri de întrebări (cum ar fi întrebările de scalare), acestea nu vor fi analizate aici, așa că accentul cade pe corespondența dintre modelul lui Seligman și practicile terapiei scurte centrate pe soluții.

Întrebările referitoare la excepție

Întrebările referitoare la excepție se referă la momente cînd problema fie era absentă, fie era mai puțin intensă sau gestionată într-un mod acceptabil pentru client. A atrage atenția asupra unor astfel de momente tinde în mod indirect să recontextualizeze cadrele de semnificație ale clienților deprimați care presupun, conform modelului lui Seligman, că un eveniment negativ sau stresant este mai degrabă *generalizat* decît proximal. Iată cîteva exemple de astfel de întrebări:

„Îmi imaginez destul de bine ce se întîmplă cînd sînt probleme (*menționați aici simptomele specifice*). Acum, pentru a avea o imagine mai bună a situației dumneavoastră, vreau să știu mai multe despre momentele în care (*simptomul specific*) nu apare."
„Cînd anume *nu* aveți (simptomul)?"
„Povestiți-mi despre ultima perioadă în care *nu* ați avut (simptomul)."
„Ce e diferit în momentele în care (problema nu este prezentă, problema este mai puțin intensă, gestionați problema într-un mod pe care îl considerați acceptabil)?"
„Povestiți-mi despre ultima perioadă în care ați crezut că aveți (*simptomul*), dar apoi nu l-ați mai avut."

Un tip special de întrebare despre excepție care este deosebit de relevant pentru recontextualizarea cadrului semnificației de generalizare constă într-o interogare cu privire la schimbarea de dinainte de tratament. Întrebarea vizînd excepția, despre schimbarea dinainte de tratament, le cere clienților să descrie ce s-a schimbat sau s-a îmbunătățit între momentul în care pacientul a făcut programarea pentru terapie și cel în care a participat la prima ședință de tratament. De exemplu:

„Mulți clienți observă că între momentul în care sună să facă programare și prima ședință situația deja pare diferită. Ce ați observat cu privire la situația dumneavoastră?".

Întrebarea poate fi modificată pentru a fi folosită în timpul procesului de întîmpinare a pacientului, astfel încît intervenția terapeutică să înceapă înainte de contactul față în față din timpul tratamentului. De exemplu, în timpul proceselor de întîmpinare și planificare a ședințelor, clientului i se poate cere direct să identifice dovezi ale schimbării de dinainte de tratament, în timp ce așteaptă să înceapă ședința programată.

Howard, Kopta, Krause și Orlinsky (1986) estimează că 15% dintre clienți manifestă schimbări pozitive înainte de tratament, dar studiile efectuate în centrul unde a fost elaborată terapia de scurtă durată centrată pe soluții au relevat că pînă la două treimi (66%) dintre clienți declară că au observat modificări pozitive înainte de tratament, asociate cu obiectivele tratamentului, *dacă au fost întrebați* despre aceste schimbări de către terapeut (Weiner-Davis, De Shazer și Gingerich, 1987).

După ce este identificată o excepție, sînt căutate informații detaliate cu privire la momentul în care a survenit excepția, precum și la modul în care clientul ar fi putut contribui la absența problemelor, la scăderea intensității lor ori la gestionarea lor într-o manieră acceptabilă. Realizăm acest lucru adresîndu-i clientului întrebări de tip cine, ce, unde, cînd și cum, cu privire la perioada excepției. De exemplu, clienții sînt întrebați:

„Cine altcineva a observat perioada în care problema nu a survenit?”

„Ce ați spune (dumneavoastră/ei) că a fost diferit în acea perioadă?”

„Cînd și cît de des s-a întîmplat/se întîmplă acest lucru?”
„Unde s-a întîmplat?”
„Cum s-a întîmplat?”
„Ce ați spune (dumneavoastră/ei) că trebuie să faceți pentru ca asta să se întîmple din nou (sau mai des)?”

Solicitarea unor informații detaliate contribuie la amplificarea și extinderea discuțiilor despre episoadele care constituie excepții, recontextualizînd astfel convingerea clientului deprimat conform căreia evenimentele negative sau stresante sînt mai degrabă generalizate decît proximale.

Întrebările referitoare la rezultat

Întrebările referitoare la rezultat le cer clienților să descrie ce anume va fi diferit cînd problema care i-a determinat să vină la terapie a fost tratată cu succes (Berg și Miller, 1992). Implicînd clientul depresiv într-o discuție referitoare la cum anume va fi diferită viața după rezolvarea problemei, este recontextualizat cadrul semnificației referitor la faptul că un eveniment negativ sau stresant este, conform modelului lui Seligman (1990), mai degrabă *permanent* decît temporar. Cea mai tipică formă de întrebare referitoare la rezultat este numită „Întrebarea-miracol”. Printre exemple se numără:

„Să presupunem că, în seara asta, după ședință, mergeți acasă, vă băgați în pat și adormiți. În timp ce dormiți se întîmplă un miracol, iar miracolul constă în faptul că problema care v-a adus aici *se rezolvă*. Dar, din cauză că

sînteți adormit, nu știți că miracolul a avut loc. Cînd vă treziți a doua zi dimineața, care va fi primul lucru pe care îl veți observa ca fiind diferit și care vă va arăta că s-a întîmplat un miracol?"

„Închipuiți-vă pentru o clipă că activitatea desfășurată de noi aici, împreună, are succes. Ce anume va fi diferit în viața dumneavoastră și vă va indica faptul că tratamentul are succes?"

„În ce ar consta diferența minimă în viața dumneavoastră care v-ar spune că a fost o idee bună să veniți la tratament?"

„Imaginați-vă pentru o clipă că vă aflați peste șase luni în viitor, după ce dumneavoastră și eu am lucrat împreună și am rezolvat cu succes problema care vă aduce azi aici. Ce anume va fi diferit în viața dumneavoastră, șase luni mai tîrziu, arătîndu-vă că problema e rezolvată?"

În timp ce clienții răspund la întrebări, terapeutul pune alte întrebări care modelează descrierea aflată în curs de desfășurare în termeni mici, specifici, comportamentali, pozitivi, situaționali, interacționali, interpersonali și realiști. De exemplu, clienții sînt întrebați:

„Care va fi *cel mai mic* semnal că se întîmplă asta?"

„Care va fi *primul* semnal că se întîmplă asta?"

„Nu sînt sigur că înțeleg ce vreți să spuneți prin cuvîntul (vesel, fără griji sau oricare alt termen vag pe care clientul îl poate folosi pentru a descrie rezultatul dorit). Cum vor ști alții că aveți sentimentul respectiv?"

„Dacă aș avea o cameră video și v-aș filma cînd (vă simțiți mai bine, ați rezolvat problema etc.), ce anume din ceea ce v-am vedea făcînd în timpul înregistrării ne-ar da de știre că problema este rezolvată?”

„Cînd nu veți mai fi (deprimat, anxios, nu veți mai consuma alcool etc.), ce anume veți face în schimb?”

„Unde veți fi cînd veți observa pentru prima oară că se întîmplă acest lucru?”

„Cine va fi primul care să observe că se întîmplă acest lucru?”

„Care va fi primul lucru diferit pe care îl vor observa ceilalți la dumneavoastră și care le va dezvălui că se întîmplă acest lucru?”

„Ce știți despre (trecutul dumneavoastră, despre sine, despre situația dumneavoastră, despre alții etc.) și vă spune că acest lucru vi s-ar putea întîmpla?”

Întrebările suplimentare au drept scop nu doar aprofundarea și extinderea discuției despre obiectivele clientului, ci și să le facă pe acestea mai tangibile pentru client. Acest fapt este dovedit de frecvența cu care clienții menționează spontan perioade de excepție cînd răspund la întrebările despre rezultat și la întrebările suplimentare conexe. În acest timp, convingerea clientului deprimat conform căreia evenimentele negative sau stresante sînt mai degrabă permanente decît temporare este pusă în continuare sub semnul întrebării și recontextualizată.

Întrebări referitoare la adaptare și la externalizare

Întrebările referitoare la adaptare și la externalizare generează discuții cu privire la modul în care clientul reușește să facă față problemei și să o suporte zi de zi. Pe parcursul formulării răspunsurilor la astfel de întrebări, problema devine o entitate separată și distinctă, *exterioară* clientului (White și Epston, 1990). La rîndul său, acest fapt contribuie la recontextualizarea cadrului semnificației atribuite de clienții deprimați, care, conform modelului lui Seligman (1990), presupun că evenimentele negative sau stresante au cauze mai degrabă la nivel *personal* decît extern. Iată cîteva exemple de astfel de întrebări:

> „Pare o problemă foarte gravă. Cum ați reușit să faceți față?”
> „Ținînd cont de cît de (deprimat, anxios etc.) ați fost, cum reușiți să mergeți mai departe zi de zi?”
> „Ce ați făcut pentru a combate dorința de (a vă lăsa în voia depresiei, de a vă simți mai rău, de a vă sinucide etc.)?”
> „Cum ați reușit (dumneavoastră, alții) să împiedicați agravarea situației?”
> „Ce faceți ca să împiedicați (anxietatea, depresia etc.) să vă priveze de tot ce aveți mai bun?”
> „Cum ați (știut, înțeles) că asta v-ar ajuta?”
> „Cum ați (știut, înțeles) că era bine să faceți asta?”
> „Dacă n-ați fi trecut personal prin această experiență, v-ați fi gîndit vreodată că ați putea avea această tărie de a supraviețui pe care ați arătat-o?”

„Avînd în vedere cît de gravă a fost situația, cum se face că lucrurile nu stau mai rău?”

Uneori, ca reacție la întrebările despre externalizare/adaptare, clienții afirmă că inițiază comportamente de adaptare care au un specific autodistructiv (de exemplu, izolarea, abuzul de alcool și droguri, automutilarea). În consens cu formularea lui Seligman (1990), acești clienți raportează frecvent că *toate* strategiile lor sînt distructive. Cu alte cuvinte, ei își consideră strategiile autodistructive de adaptare ca fiind mai degrabă generalizate decît proximale. În acord cu modelul terapiei de scurtă durată centrate pe soluții, se formulează întrebări care se concentrează mai degrabă asupra *efectului* obținut de clienți prin intermediul strategiei autodistructive decît asupra detaliilor privind strategia. De exemplu, clienții vor fi întrebați: „Cum anume vă ajută faptul că (vă izolați, consumați alcool, vă automutilați etc.)?”. După ce efectul dorit este descris detaliat, specialistul terapeut revine la întrebările despre excepții, pentru a analiza alte perioade în care clientul a resimțit același efect *fără* să fi inițiat strategia autodistructivă de adaptare. De exemplu, clientul este întrebat: „Vorbiți-mi despre alte momente din viața dumneavoastră în care ați (*descrierea efectului, făcută de client*), dar nu ați (*strategia autodistructivă*). Ce anume a fost diferit în acele momente?”. După cum am descris anterior, discuția despre perioadele de excepție are drept scop recontextualizarea convingerii clientului deprimat conform căreia strategiile sale autodistructive de adaptare sînt mai degrabă generalizate decît proximale.

Exemplu de caz

Următoarea transcriere ilustrează aceste principii. S-a declarat că pacientul își băgase o armă în gură, amenințînd că se sinucide cu o zi înainte de acest interviu. Și-a sunat consilierul de la Programul de Asistență a Salariaților, iar acesta l-a stabilizat prin telefon. Arma a fost luată din casă, iar el a refuzat ofertele de tratament cu internare. A fost de acord să nu se sinucidă, iar consilierul i-a recomandat să vină la autor. Pacientul poartă o geacă de piele neagră și cizme mari, are tatuaje cu motive „biker”, barbă mare și poartă ochelari de soare și în interior, și afară. Scorul său pe Inventarul Beck de evaluare a depresiei, înainte de începerea ședinței, a fost 42.

T: Am vorbit ieri cu dumneavoastră la telefon. Ați avut o predispoziție suicidară intensă, dar încă mai trăiți.

C: Da.

T: Ați spus ieri că ceea ce vă face să mergeți mai departe este familia, mai ales nepoții dumneavoastră…

C: Cam asta e totul, nu știu ce altceva ar mai putea fi.

T: Vă iubiți mult nepoții.

C: Foarte mult.

T: Ați mai spus la telefon că vă simțiți foarte mînios, deprimat și lipsit de speranță, și asta de mult timp. Cred că asta dovedește că sînteți un supraviețuitor, fiindcă ați reușit cumva să biruiți aceste sentimente.

C: Trebuie să mă gîndesc la obligațiile mele, iar asta mă împiedică să fac lucrurile la care mă gîndesc atît de mult.

T: Deci sînteți o persoană care își ia obligațiile în serios. Nu refuzați să vă implicați.

C: Față de familia mea. Iau în serios majoritatea obligațiilor. Încerc să nu ignor nimic. Ajung să fiu foarte frustrat fiindcă viața nu e niciodată așa cum ar trebui. Anticipez cel mai rău lucru care s-ar putea întîmpla și chiar se întîmplă.

T: Nimic nu se rezolvă așa cum ar trebui, iar asta chiar vă afectează. De asemenea, apreciez faptul că luați lucrurile în serios și nu refuzați să vă implicați. Asta dovedește tărie de caracter, cred. Modul în care reacționăm la ceea ce ni se întîmplă este mai important decît ceea ce ni se întîmplă.

C: Majoritatea ar spune că nu am deloc tărie de caracter. Sînt o persoană foarte tăcută. Cînd cineva spune ceva, mă închid în mine imediat. Și uneori spun lucruri inadecvate. Toată viața mea e groaznică.

T: Viața dumneavoastră chiar este groaznică acum. Dacă ar fi mai puțin rea, ce anume ați observa și v-ar face să credeți că devine puțin mai bună?

C: Oh! Ah, nu știu. Nu m-ar mai deranja atît de mult stomacul, asta e sigur. Nu aș mai fi atît de violent și de mînios.

T: (*Notînd*) Nu v-ar deranja atît de mult stomacul, nu ați mai fi atît de violent și de mînios. Sînt impresionată că ați menționat aceste lucruri împreună; cînd sînt mînios dintr-un motiv sau altul, și pe mine mă doare stomacul.

C: Sufăr de ulcer de ani de zile, am lipsit mult de la serviciu din cauza asta. Cînd mă doare stomacul, nu mai pot face nimic… Urăsc cînd se întîmplă asta.

T: Acesta ar fi un aspect bun de la care să pornim, să vă enervați mai puțin. În ce fel e enervarea o problemă pentru dumneavoastră?

C: Mă enervez mult, din cauza celor mai mulți... oameni. De exemplu, eu și soția mea. Mă face să-mi ies din pepeni. Se așteaptă să fac sluj sau să stau drepți, la comandă, ca un cîine. Să nu dau dovadă de nici o emoție, niciodată, să fiu ca un robot! Asta chiar mă enervează.

T: Și dacă dați dovadă de vreo emoție?

C: Își bate joc de mine mereu. Dacă sînt nervos sau vorbesc mai tare, mă apostrofează imediat: „Care-i problema?”. Apoi scutură din cap și pleacă.

T: Probabil o iubiți mult dacă rămîneți alături de ea. Mulți bărbați ar pleca.

C: O iubesc, dar mă enervează.

T: În prezent, mulți oameni pleacă în clipa în care relația devine mai dificilă, nu au puterea să rămînă. Chiar aveți tărie de caracter dacă depășiți momentele dificile.

C: Mă scoate din minți, aș vrea s-o las lată.

T: Ați lovit-o vreodată?

C: Era să o omor odată, la începutul căsniciei. După aceea n-am mai lovit-o niciodată.

T: De atunci n-ați mai lovit-o, orice s-a întîmplat?

C: Da. Chiar dacă mi-aș dori asta foarte mult. N-o fac, fiindcă mi-e frică de ceea ce aș face.

T: Mai devreme ați spus ceva ce nu înțeleg. Ați spus că unii oameni spun că nu aveți tărie de caracter. Dar aici ați recunoscut că a fost greșit că v-ați lovit soția și că nu o mai faceți, deși ați vrea. Asta dovedește tărie de caracter.

C: Așa am fost crescut.

T: Loialitate. Ați învățat o regulă bună, cînd erați mic, iar acum o respectați. Ei bine, ea nu este aici, dar dumneavoastră sînteți. Sînteți dispus să faceți eforturi pentru a vă învinge mînia? Chiar dacă ea nu se schimbă?

C: Sigur că da. Nu am vrut să vină și ea astăzi aici fiindcă nu voiam să fie în camera asta cînd îmi puneați întrebări. Ar putea să vină altă dată. Trebuie să fac eforturi mari, ca să-mi recapăt nepoții.

T: Cine are grijă de ei acum?

C: Statul.

T: Cum de s-a ajuns la asta?

(*Clientul oferă o explicație lungă privind modul în care amenința că se sinucide, nepoții săi erau în încăpere, iar episodul a fost raportat. Nepoții lui au locuit toată viața lor cu el și cu mama lor, care e fiica lui.*)

T: Prin urmare, chiar sînteți dispus să faceți eforturi foarte mari. Asta e bine. Care e primul semnal pe care asistenții sociali îl vor vedea cu privire la faptul că primiți ajutorul de care aveți nevoie?

C: Mi-am făcut programare la dumneavoastră.

T: Foarte bine, deja sînteți pe drumul cel bun. Ce urmează? La ce altceva se vor aștepta din partea dumneavoastră?

C: Îmi vor face o vizită acasă, cred.

T: Ce vor vedea și le va arăta că sînteți pe cale să rezolvați această problemă a mîniei?

C: Nu voi fi atît de predispus să mă enervez. Mă voi duce des în camera mea și voi sta mult timp acolo.

T: Cum vă ajută asta, să stați mult timp în camera dumneavoastră?

C: Trebuie să mă țin deoparte, ca să nu fac vreo prostie.

T: Și cum vă ajută faptul că vă izolați?

C: Nu știu, pur și simplu nu suport să stau în preajma altora cînd mă simt astfel, e prea mult...

T: E mai bine pentru familie dacă vă retrageți în camera dumneavoastră?

C: Nu prea, fiindcă uneori mă bat la cap să ies de acolo.

T: Dacă vă văd că stați pe gînduri în camera dumneavoastră, își fac griji?

C: Nu fac asta ca să le fac rău.

T: Dacă aș gîndi ca un asistent social care face o vizită la domiciliu și aș auzi că un om merge în camera lui și stă pe gînduri, aș putea crede că stă acolo și își încarcă arma.

C: Nu mai am nici o armă.

T: Ce părere ar avea asistentul social? Nu cred că izolarea e cea mai bună modalitate de a face față situației.

C: Va trebui să răspund la întrebările lor cît mai bine.

T: Dacă sînt prea insistentă, ripostați. Îmi place cînd ripostați. Am o slăbiciune, îmi formez o părere și insist asupra ei, dar poate că nu e justă, în cazul dumneavoastră, așa că ripostați.

C: Deocamdată vă descurcați bine.

T: Nu-mi place ideea că mergeți în camera dumneavoastră, fiindcă dă prea mult impresia că aveți gînduri negre și că nu-i suportați pe ceilalți. Dacă vă putem ajuta să găsiți o modalitate de a face altceva, acel ajutor l-ar convinge pe asistentul social?

C: Habar n-am, fiindcă nu știu ce le-a spus fiica mea. Ei au crezut-o pe cuvînt în toate privințele și pe mine nu m-

au întrebat nimic, ceea ce mi se pare al naibii de ciudat. Nu le-aș face rău niciodată copiilor.

T: Iată încă o dovadă a acelei loialități solide.

C: Fiica mea e extrem de aprigă; dacă o rog ceva, se răstește la mine, eu îi răspund imediat la fel, iar copiii aud doar țipete. Și sînt violenți, fiindcă asta e tot ce aud. Fiica mea nu îi controlează niciodată, fiindcă de asta se ocupă soția mea, în locul ei. Iar după ce eu mă enervez...

T: Deci sînteți unul dintre numeroșii membri ai familiei cărora le sare țandăra rapid...

C: S-a transmis din generație în generație.

T: Nu e o problemă ușor de rezolvat.

C: Nu știu dacă poate fi rezolvată cumva.

T: Sigur că se poate. Dar, dacă faceți asta, există pericolul ca ei să se simtă prost din cauza mîniei lor. E posibil să îi intimideze faptul că își pierd controlul, cînd dumneavoastră nu faceți asta. Sînteți un om destul de loial, poate că ar trebui să progresați foarte ușor, pentru a-i proteja. Dar vă rog să-mi explicați. Dacă ei se enervează și v-o arată clar, iar dumneavoastră rămîneți calm, și chiar dacă nu se enervează, dacă ar fi ca dumneavoastră să vă schimbați și să vă simțiți calm, ați vrea să vă ajut să realizați asta?

C: Da, dar nu văd să existe vreun capăt. Singurul capăt e ceva ce nu vreau să fac. Dar, dacă aș fi mort, mi-ar fi mai bine.

T: Ei bine, nu știm dacă v-ar fi mai bine sau nu. Dar, cum ați arătat, vreți să vă ajutați nepoții și, deși ar fi posibil să ieșiți dintr-o situație rea... nu știm...

dezavantajul este că ar fi o lovitură cumplită pentru nepoți.

C: Da, așa este.

T: Prin urmare, ne vom strădui să vă ajutăm să gestionați situațiile de furie într-un mod calm.

C: Da…

T: Să ne imaginăm că în seara aceasta se întîmplă o minune după ce plecați din biroul meu, în timp ce dormiți se întîmplă ceva, iar cînd vă treziți ați devenit capabil să gestionați situațiile enervante. Fiica dumneavoastră vă poate spune lucruri neplăcute, soția vă poate spune lucruri iritante, iar dumneavoastră le ascultați. Nu vă enervați, nu fugiți să vă ascundeți în camera dumneavoastră; nu izbucniți. Cine este prima persoană care va observa că a avut loc o minune?

C: Mă gîndesc doar la nepoții mei, la cum au fost luați.

T: A fost un șoc groaznic.

C: Toată familia spune că e vina mea.

T: Dumneavoastră sînteți de vină, totul e din cauza dumneavoastră. Rămîneți și tolerați situația, nu alegeți calea „ușoară” de a ieși din situație și sînteți învinuit pentru faptul că ei au fost luați. Cine vă învinuiește?

C: Rudele din partea soției. Spun că nu așa se cresc copiii. N-am ce face dacă așa simt uneori, așa că merg în camera mea, ca să nu fac ceva ce aș putea regreta. Știu că nu ar fi trebuit să fac ce am făcut, dar nici ei n-ar fi trebuit să-i ia chiar așa.

T: Știți că n-ar fi trebuit să fluturați arme și să spuneți că vă veți împușca în cap. A fost însă urît că au fost luați. Soția dumneavoastră este de acord cu asta?

C: Ea e de acord cu mine. Practic sînt copiii noștri. Să ni-i ia așa…

T: Aveți sentimente profunde.

C: Știu că par o persoană dură.

T: Da, cu toate chestiile astea în stil Harley, dar sînteți mai emoțional decît păreți. Sînteți un om foarte afectuos.

C: Am imaginea asta, fiindcă sînt motociclist.

T: E doar imagine. (*Rîde*)

C: Și la serviciu e la fel, mă enervez cu toată lumea. Am nevoie de ceva ca să-mi mai descarc frustrările. Am făcut găuri în pereți și în uși de la cît am lovit cu pumnul, ca să nu dau în cineva.

T: Da. Ce procent din viața dumneavoastră credeți că e controlat de mînie?

C: Oh, 75%.

T: Înțeleg. E un procent mare. E greu, nu, să revendice o parte atît de mare din viața dumneavoastră. Dar cei 25%? Cum sînt momentele în care nu sînteți dominat de mînie?

C: Oh… Cred că atunci cînd sînt singur. E ciudat… Voi fi asaltat cu întrebări imediat ce ajung acasă, fiindcă am stat prea mult timp aici. Am fost într-adevăr cu dumneavoastră? Ea crede că poate stau cu o iubită, pe care nu o am. Trebuie să dau socoteală pentru fiecare minut al zilei, altfel se înțelege că am fost cu o femeie.

T: Și?

C: Apoi dă din gură și se enervează și face o criză. Vede mesaje secrete pe bucățele de hîrtie pe care nu scrie nimic. Vede indicii pe hainele mele; o obsedează ideea că am o iubită, iar dacă nu mă grăbesc direct spre casă cînd

plec de aici înseamnă că probabil am fost cu o femeie. Și, știind asta, că atunci cînd ajung acasă voi fi interogat, nu suport. Doar nu fac nimic rău.

T: Asta e bine, sînteți într-o situație bună, fiindcă mi se pare că ați fost dintotdeauna predispus să vă enervați, chiar dinainte de a vă căsători, pun pariu.

C: Da, știa că mă enervez repede.

T: Deci dintotdeauna v-ați enervat repede. Dacă ați fi la o mănăstire unde toată lumea s-ar purta amabil cu dumneavoastră și nu ați avea probleme cu mînia, n-ar fi o mare realizare. Dar dacă puteți învăța să vă controlați mînia într-o situație precum cea în care sînteți cu soția, ați realizat într-adevăr ceva. Dacă îmi spuneți că veți face eforturi mari și vă veți strădui din greu să vă recă-pătați controlul asupra celor 75% din viață, dacă îmi spuneți: „Mînia m-a dominat suficient de mult, mînia m-a transformat într-o marionetă. Mînia mă controlează și voi lupta să-mi recapăt viața”, așadar, dacă ați face eforturi mari săptămînă de săptămînă să vă recăpătați viața, chiar dacă soția dumneavoastră încă s-ar purta ciudat, bănuind că aveți o iubită, și dacă v-ați supăra tot mai puțin, dacă v-ați menține acest comportament, ar observa familia?

C: Presupun că pereții mei de rigips n-ar mai avea găuri. Dar situația nu s-ar schimba.

T: Dumneavoastră v-ați schimba, chiar dacă ei nu se schimbă; asta nu ar schimba situația?

C: Nu știu. Nu cred.

T: Ei bine, iată pericolul. Dacă faceți eforturi mari să izgoniți mînia din viața dumneavoastră, iar dacă ei nu fac absolut nici un efort, le faceți o favoare. Ei vor sesiza

unele dintre schimbările dumneavoastră și vor avea de cîștigat, fără să fie nevoie să facă eforturile mari pe care le faceți dumneavoastră. Ei ar avea de cîștigat.

C: De ce să fac eu toate eforturile?

T: Bună întrebare. De ce?

C: Nu pare corect. Soția mea n-a mișcat un pai. Eu îi pun mîncarea pe masă, eu aduc banii în casă și sînt luat peste picior cînd ajung acasă. Nu eu sînt cel care ar trebui să fie aici! (*Rîde*)

T: Nu mă îndoiesc de asta. Sînt de acord. Dar cine e aici?

C: Da.

T: Bietul Gordon! Iar s-au luat de el! (*Rîsete*)

C: Da, mă autocompătimesc. Se pare că nimeni altcineva nu mă compătimește, aș putea prea bine s-o fac chiar eu.

T: Asta e minunat.

C: Mă gîndesc prea mult la asta.

T: Da, aveți gînduri negre.

C: Mă tot plîng. Mulți mi-au spus asta.

T: Așa că iau acest pix, care e o baghetă magică, și (*îl atinge pe Gordon*) vă ating, apoi mergeți acasă, iar la noapte va veni zîna cea bună și va spune: „Gordon, ai fost cuminte și îți voi da un premiu; ești calm ca un călugăr, deși locuiești cu oameni nebuni”. Dar, dacă puteți trăi cu oameni nebuni fără să vă enervați, înseamnă că ați devenit puternic.

Acum, minunea asta se întîmplă în toiul nopții, iar mîine-dimineață vă treziți și nu vă amintiți că v-a vizitat zîna cea bună. Vă treziți și ați fost vindecat de mînie. Soția

dumneavoastră e încă obsedată, fiica dumneavoastră vine și e un munte de nervi, dar dumneavoastră sînteți vindecat. Așadar, ce anume vor observa acești oameni la dumneavoastră și îi va face să-și spună: „Gordon e altfel”?

C: Ar crede că iau pastile sau ceva de genul ăsta.

T: E posibil. Ce anume vor vedea ca să creadă asta?

C: Nu știu. Dacă mă vindec de depresia asta, fie sînt alcoolic, fie dependent de droguri, iar eu nici nu beau, nici nu mă droghez. Iar asta îi miră pe oameni: „Ești motociclist, trebuie să faci asta”. Dar eu nu o fac.

T: Probabil că vă face plăcere să-i surprindeți astfel pe oameni. Acum să revenim la întrebarea mea. Știu că nu știți răspunsul.

C: Mintea mea tot sare de la una la alta și în curînd nici nu-mi voi mai aminti întrebarea pe care mi-ați pus-o. (*Rîsete*)

T: Ei bine, să ne străduim puțin. Iată că se întîmplă această minune și vă simțiți calm, vă simțiți bine, cum nu v-ați mai simțit niciodată. Vă treziți mîine-dimineață, începeți să vă vedeți de treburi, dar e ca și cum această rană a mîniei, această plagă deschisă e vindecată. Mînia nu vă mai poate controla; suferința a dispărut. Acum sînteți un om puternic; oamenii vă pot atinge acolo unde a fost rana, dar nu vă doare. Sînteți calm. Așadar, ce anume vor vedea ca să creadă că s-a întîmplat această minune?

C: Aș fi mai vorbăreț, aș zîmbi, ceea ce nu fac niciodată.

T: Voi nota asta: ați fi mai vorbăreț, ați zîmbi, ceea ce nu faceți niciodată. Poate că trebuie să exersați. Ce altceva?

C: Nu știu, reacțiile mele? Felul în care aș vorbi cu ea?

T: Spuneți-mi despre asta.

C: Aș vorbi într-un mod mai pasiv, în loc să le tot răspund nervos.

T: Să presupunem că vorbiți într-un mod mai calm. Vorbiți mai mult, dar sînteți pur și simplu calm. Cum anume v-ar ajuta asta?

C: M-ar ajuta aici (*arată spre cap*). Fiindcă acum sînt năuc. Dacă știu că mă simt bine, ceilalți n-au decît să aibă probleme.

T: V-ar ajuta să gîndiți mai clar.

C: Nu pot face nimic pentru a vindeca asta; nu dețin controlul.

T: Bine. Acum voi lua o scurtă pauză, apoi voi reveni și vom discuta despre eforturile pe care le veți face.

[*scurtă pauză*]

T: Iată ce vreau să faceți. Mai întîi, trebuie să recunoașteți că sînteți o persoană care iubește și se dedică profund; sînteți o persoană căreia îi pasă mult, foarte responsabilă, care vrea să facă ceea ce e corect, indiferent cît de greu e. Vă iubiți într-adevăr nepoții și soția; chiar cînd e dificil, rezistați.

Fiindcă trebuie să faceți ceva pentru a vă readuce nepoții acasă, vreau să observați atent momentele în care sînteți mai liniștit și mai calm, în care zîmbiți și în care vorbiți, cînd sînteți mai volubil. Poate că e vorba doar despre 25% din timp sau doar de 15%.

Nu consumați alcool sau droguri, dar sînteți dependent de mînie. Nu am cunoscut însă un dependent care să nu aibă momente de trezie, în care nu cedează în fața

alcoolului sau a drogurilor. Iar alcoolicul trebuie să fie treaz doar o zi. Așadar, vreau să observați atent cînd anume nu simțiți mînie, cînd zîmbiți, cînd sînteți vorbăreț, iar viața decurge tihnit. Asta se poate întîmpla doar rareori, dar îmi veți vorbi despre acele momente.

Vreți să consemnez în scris ceea ce v-am spus?

C: Da, scrieți.

În ședința a doua, Gordon a afirmat că au existat momente în care s-a simțit furios, dar se ducea în atelierul său și lucra la motorul unui cart pentru fiul unui prieten, iar sentimentul de mînie dispărea. Nu se dusese în camera lui să stea pe gînduri acolo, ci se plimbase prin casă, căutînd cîte ceva de făcut. A fost instruit să o țină tot așa. Asistentul social este convins că el nu mai reprezintă un pericol, iar nepoții s-au întors acasă.

La a treia ședință și-a adus soția, iar consilierea de cuplu a abordat gelozia ei. Am întrebat despre momentele în care nu se certau și despre ce anume părea diferit în acele momente. Am sugerat că, atunci cînd se simțea prost dispusă, creierul ei probabil era incapabil să rezolve probleme, așa că ar fi mai bine să aștepte pînă ce se simțea mai calmă, înainte să-l acuze că nu îi este credincios. Am întrebat-o despre cum anume depășise sentimentele negative cînd văzuse ceea ce ea credea că sînt dovezi ale faptului că el nu era credincios. Nu avea o metodă anume, așa că am sugerat ca, atunci cînd sentimentele de suspiciune o domină, să fie foarte atentă la ceea ce ar putea face dacă nu ar ceda acelei tentații.

La a patra ședință el se simțea mult mai bine. A spus că soția lui făcuse progrese foarte mici în privința bănuielilor ei, dar că acestea nu mai păreau să-l deranjeze foarte mult.

Scorul său pe Inventarul de depresie Beck era 17. I-am sugerat să continue pînă cînd scorul Beck va scădea mai mult, dar nu a fost de acord, spunînd că se simte mai bine decît se simțise de ani de zile și că asta era suficient.

Concluzii

Utilizarea abordărilor centrate pe soluții în terapie va produce mai puține daune decît alte stiluri terapeutice. Citirea atentă a transcrierii va dezvălui o serie de exemple de poziție „în dezavantaj", de recontextualizare și de alte tehnici „strategice". Dar care este contribuția lor? Adevăratul moment de cotitură din timpul ședinței pare să fie cel în care am început să reflectăm împreună la rezultatele pe care Gordon ar vrea să le vadă, răspunsurile la Întrebarea despre Minune.

Astfel, este posibil ca terapia strategică să-i fi conferit putere clientului. Dar, privind în urmă, analizîndu-mi propria transcriere, ajung la concluzia că încercarea respectuoasă de a atinge obiectivul, ignorînd necesitățile și dorințele altora *pentru* Gordon, poate fi ceea ce ne-a ajutat să ne orientăm și să progresăm.

Abordările constructiviste ale terapiei sînt criticate adesea deoarece ar ignora valorile sau ar părea să susțină concepția conform căreia toate ideile sînt egale între ele. Propria mea experiență cu această abordare a fost că terapeuții strategici nu ignoră valorile. John Weakland m-a supervizat timp de trei ani, iar cînd am pus întrebări de tipul celei referitoare la

tendința suicidară a lui Gordon („Este sinuciderea un obiectiv acceptabil?”), John a ridicat din umeri și mi-a amintit că prima regulă a terapiei este „Asigură-ți bunurile!”.

Așadar, cînd Gordon a vorbit despre sinucidere ca un potențial rezultat, pur și simplu am discutat despre avantaje și dezavantaje într-un mod (aparent) neutru. Totuși, propria mea dorință de a-l manipula pe Gordon se întrevede din transcriere, cînd folosesc faptul că își iubește nepoții drept modalitate de convingere pentru a discredita ideea sinuciderii:

> C: Da, dar nu văd să existe vreun capăt. Singurul capăt e ceva ce nu vreau să fac. Dar, dacă aș fi mort, mi-ar fi mai bine.
>
> T: Ei bine, nu știm dacă v-ar fi mai bine sau nu. Dar, cum ați arătat, vreți să vă ajutați nepoții și, deși ar fi posibil să ieșiți dintr-o situație rea… nu știm… dezavantajul este că ar fi o lovitură cumplită pentru nepoți.

Terapia strategică preia de la Erickson importanța acordată determinării poziției pacientului și folosirea acesteia în mod terapeutic. În acest caz, am încercat să realizez acest lucru făcîndu-l pe Gordon să se revolte față de mînie, sugerînd că mînia îl „dusese de nas” mult timp și că îl controla. În ședințele următoare, am menținut această temă, întrebîndu-l dacă mînia reușise să-i mai domine gîndurile sau dacă reușise să fie mai isteț decît mînia. Aceasta nu este neapărat o tehnică „centrată pe soluții”, ci una care, aparent, a fost utilă în cazul lui Gordon.

Un student pe care l-am supervizat cîndva mi-a spus că i se părea că într-adevăr cred în terapia centrată pe soluții. I-am răspuns cu un „Nu” accentuat, nu cred în ea, dar o consider utilă și cu risc scăzut. În cazul lui Gordon, mi se pare că aptitudinile ericksoniene de recontextualizare, de folosire a poziției sale pentru a promova schimbările pozitive au ajutat într-o oarecare măsură.

Adesea, cînd supervizez studenți, mi se pare că sînt entuziaști să învețe despre terapia centrată pe soluții, dar nu prea știu că aceasta se bazează pe ideile și concepțiile lui Milton Erickson. Există o diferență între un artist și un tehnician și există o diferență între un consilier care folosește scenarii învățate pe dinafară pentru a induce schimbarea și terapeutul care observă o diversitate de provocări și reacționează rapid la ele. După mulți ani, încep să fiu un astfel de terapeut, care reacționează flexibil și rapid la o multitudine de provocări.

Bibliografie

Berg, I.K., Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker.* New York:Norton.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.

De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work.* New York: Norton.

Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P., Fiester, S.J., Parloff, M.B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative

research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

Johnson, L.D. (1995). *Psychotherapy in the age of accountability.* New York: Norton.

Johnson, L.D., Miller, S.D. (1994). Modification of depression risk factors: A solution-focused approach. *Psychotherapy*, 31, 244-253.

Metalsky, G.I., Joiner, T.E., Jr. (1992). Vulnerability to depressive symptomatology: A prospective test of the diathesis-stress and causal mediation components of the hopelessness theory of depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 667-675.

Miller, S.D. (1994). The solution conspiracy. *Journal of Systemic Therapies*, 13, 16-37.

Pekarik, G., Wierzbicki, M. (1986). The relationship between clients' expected and actual treatment duration. *Psychotherapy*, 23, 532-534.

Seligman, M. (1990). *Learned optimism.* New York: Knopf.

Shapiro, D.A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S., Startup, M. (1995). Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 378-387.

Steenburger, B.N. (1994). Duration and outcome in psychotherapy: An integrative review. *Professional Psychology: Research and Practice*, 50, 111-119.

Sweeney, P., Anderson, K., Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.

Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter.* San Francisco: Jossey-Bass.

Wachtel, P.L. (1993). *Therapeutic communication: Principles and effective practice.* New York: Guilford.

Walter, J.L., Peller, J.E. (1992). *Becoming solution focused in brief therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Weiner-Davis, M., De Shazer, S., Gingerich, W.J. (1987). Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: An exploratory study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14(4), 359-363.

White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* New York: Norton.

Capitolul 16

Abordări ericksoniene ale managementului durerii

Jeffrey K. Zeig, Brent B. Geary

Managementul durerii este procesul prin intermediul căruia pacientul este determinat să întreprindă o serie de activități care modifică experiența durerii pe măsură ce sînt efectuate. Sarcina hipnoterapeutului ericksonian este să creeze o serie de asocieri constructive care vor funcționa într-una din trei direcții: distragere, disociere sau modificarea senzației.

Milton Erickson a avut o contribuție uriașă la literatura de specialitate pe tema controlului hipnotic al durerii. Ansamblul lucrărilor sale poate fi găsit în lucrarea *Collected Papers of Milton H. Erickson, MD* (Erickson, 1980a), editată de Ernest Rossi. Cititorul interesat de informații suplimentare poate merge direct la sursă.

Premise

S-au scris cărți întregi despre managementul durerii. Dar spațiul permite doar un rezumat concludent al abordărilor hipnotice care pot fi introduse în tratamentul durerii. Unele aspecte importante vor beneficia de o atenție redusă; îi încurajăm pe cititori să aprofundeze subiectele respective. Capitolul de față pleacă de la premisa că psihoterapeutul lucrează îndeaproape cu medicii care au grijă de pacient. Intervențiile medicale nu trebuie întreprinse de către persoanele care nu au acreditare în domeniul medical. De cele mai multe ori, membrii familiei pot – și ar trebui – să fie incluși în procesele de management al durerii. Hipnoza ar trebui să fie integrată altor metode psihosociale, pentru a spori beneficiile pacientului. Pe scurt, tratamentul durerii ar trebui să fie complet. Hipnoza oferă promisiuni ample unei diversități de pacienți și de surse ale durerii. Următoarele afirmații trebuie avute însă în vedere într-un context mai amplu, ținînd cont în permanență de etică, de colegialitate și de alte aspecte.

Evaluarea durerii

Durerea este o experiență cu mai multe fațete. Trebuie evaluată în mod adecvat pentru a fi tratată eficient. În diagnosticarea tradițională a durerii, clinicienii se concentrează adesea asupra cauzelor organice și adună atent informații înainte de a oferi tratament. În cadrul unei evaluări

ericksoniene, procedurile evaluative, prin ele însele, facilitează controlul durerii. În procesul evaluării, terapeutul demarează un proces de evaluare și intervenție complementare. Există cinci aspecte deosebit de semnificative care trebuie evaluate. Un domeniu suplimentar, aspectele durerii, va fi analizat drept o categorie separată.

Ce înseamnă durerea pentru pacient?

Clinicianul se poate axa inițial asupra aspectelor subiective ale durerii. Pentru a descoperi ce înseamnă durerea pentru pacient, terapeutul trebuie să știe dacă este o durere amenințătoare, precum angina, durerea netratabilă cauzată de cancer sau spasme de durere precum cele simțite în timpul travaliului. Terapeutul trebuie să înțeleagă dacă durerea va fi companionul constant al pacientului sau va ceda în cele din urmă.

Pe măsură ce terapeutul îl întreabă pe pacient despre semnificațiile durerii, pot exista dovezi ale diminuării, mai ales în cazul durerii simțite pe loc, în sala de consultație. În timp ce terapeutul pune întrebări despre semnificația durerii, pacientul este încurajat în mod subtil să se „disocieze” de durerea resimțită cu adevărat. Din nou, există trei tehnici hipnotice principale pentru gestionarea durerii: disocierea, distragerea și modificarea. Aceste trei principii trebuie avute în vedere pe parcursul întregii proceduri de evaluare, deoarece apar adesea ca exemple naturaliste ale modului în care pacienții fac față disconfortului.

Descrieri detaliate

Obținînd o descriere detaliată a durerii, terapeutul poate efectua diviziunea experiențială a gestaltului durerii, modificînd astfel experiența. Acest proces se bazează pe „principiul Farrah Fawcett”.

În urmă cu cîțiva ani, eu (JKZ) lucram la Spitalul de Stat Arizona. Într-o zi, pe cînd luam prînzul, alți angajați și cu mine ne uitam la coperta revistei *People*, pe care apărea Farrah Fawcett, purtînd un costum de baie destul de revelator. Un angajat s-a uitat la gleznele ei și a comentat că sînt prea grase. Altul a comentat că are gambele disproporționate față de coapse. Alții au opinat că are talia prea îngustă, că bustul nu arată bine, că are gîtul prea lung, că zîmbește strîmb. Cînd am terminat de mîncat, nu ni se mai părea atrăgătoare.

„Principiul Farrah Fawcett” ilustrează faptul că, dacă examinezi orice suficient de aproape, obiectul are tendința să-și piardă integritatea. Clinicianul poate folosi acest principiu, cerîndu-i pacientului să-și descrie detaliat durerea, mergînd aproape pînă la absurd. De exemplu, un terapeut poate pune întrebări despre dimensiunea durerii, despre forma durerii, despre textura durerii, despre grosimea durerii, despre durata durerii, despre greutatea durerii și așa mai departe. Această microanaliză a durerii poate opera atît divizarea dorită, cît și o disociere care poate fi utilizată în tratament.

Analogii

Utilizarea analogiilor îl ajută și mai mult pe pacient să își abată atenția de la durere și să se disocieze de ea. Terapeutul poate adresa întrebări analogice simple, de exemplu: „Cum

este durerea?” sau „Ce anume vă evocă durerea?”. Analogiile îi permit pacientului să modifice categoria reflectării asupra experienței durerii. Mai mult, terapeutul poate stimula analogii, întrebînd pacientul care sînt dimensiunile durerii. Dacă durerea ar fi o culoare, ce culoare ar fi? Dacă ar fi o plantă, ce fel de plantă ar fi? Dacă durerea ar fi o unealtă, ce unealtă ar fi? Dacă durerea ar fi un vas care conține apă, ce fel de vas ar fi? Dacă durerea ar fi un cîntec, ce fel de cîntec ar fi?

Folosirea analogiilor permite opțiuni suplimentare vizînd intervențiile metaforice. De exemplu, dacă pacientul a indicat pe durata transei că durerea este ca o melodie, terapeutul poate modifica tonalitatea și tempoul. Astfel de intervenții metaforice pot influența în mod direct intensitatea experienței simptomatice.

Așteptări și motivație

Așteptările pacientului legate de tratament trebuie înțelese în profunzime. Majoritatea pacienților care apelează la hipnoză au așteptări nerealiste cu privire la ceea ce poate fi realizat. De exemplu, am întîlnit pacienți cu afectări organice grave, de exemplu atacuri cerebrale, care credeau că hipnoza poate fi utilizată pentru a-și recăpăta funcționalitatea anterioară atacului cerebral. Alții speră că hipnoza le va elimina toată suferința. Deși sînt de înțeles, așteptările nerealiste trebuie clarificate.

Motivația pacientului, un factor în toate situațiile de tratament, este deosebit de importantă în controlul durerii. Pacienții care manifestă durere au adesea motivații care se contrazic. Ei suferă, dar uneori, din cauza aspectelor de ordin juridic sau legate de dizabilitate, trebuie să mențină limitările

impuse de durere. Această situație dificilă poate zădărnici orice beneficii pe care le poate aduce tratamentul. Sarcina terapeutului este să utilizeze la maximum așteptările și motivația pacientului. Terapeutul poate integra așteptări pozitive și motivații în structura fundamentală a planului de tratament.

Cuvinte-cheie

Am descoperit că este avantajos să observăm anumite cuvinte, sintagme și metafore folosite de pacienți pentru a descrie durerea. De exemplu, dacă un pacient descrie durerea ca fiind „presiune”, se poate crea o inducție recontextualizînd conceptul referitor la presiune. Pacientul poate fi instruit să fie atent la „presiunea” mîinii sale ținute în poală, observînd variațiile experienței „presiunii”. Prin urmare, acea presiune poate fi modificată, de exemplu, prin levitația mîinii. În astfel de cazuri, terapeutul lucrează în paralel cu procesul simptomului. Ideea convertirii cuvintelor legate de simptom în cuvinte legate de soluții a fost descrisă de Zeig (1988).

Aspecte ale durerii

Alt instrument de evaluare implică înțelegerea aspectelor durerii.

Aspecte învățate

Repetăm, durerea este complexă. Nu există doar ca senzație; uneori, durerea este învățată. De exemplu, cîinii crescuți în izolare par să simtă durerea în alt mod decît cei crescuți în împrejurări mai normale. La fel, sportivii care învață să ignore durerea o simt în mod diferit față de cei care nu au fost instruiți în acest sens.

Aspecte culturale

Oamenii aparținînd unor culturi diferite se deosebesc sub aspectul modului în care descriu și își manifestă durerea. De exemplu, indivizii mai flegmatici de origine nord-europeană afirmă adesea că simt o durere mai redusă, la același nivel de stimulare, comparativ cu sud-europenii mai melodramatici. Influența modelării este vizibilă la nivelul modului în care un pacient prezintă durerea. Cei crescuți în familii cu tendințe expresive sporite pot învăța să-și amplifice durerea pentru a atrage atenția. Prezentarea stoică este comună pacienților care au crescut în familii liniștite, reținute. Întrebările despre mediul familial dezvăluie adesea informații valoroase.

Aspecte temporale

Unele dureri sînt compuse din durerea resimțită, durerea rememorată și durerea anticipată. Acest fapt este deosebit de adevărat în cazul contracțiilor dureroase, la care există o perioadă de acalmie între spasme. Erickson le amintea clinicienilor că, dacă pot ajuta pacientul să simtă doar durerea

resimțită și să elimine durerea rememorată și durerea anticipată, pot modifica semnificativ cantitatea durerii.

Durere și suferință

Hilgard și Hilgard (1983) au subliniat că durerea constă atît în senzații fizice, cît și în suferință emoțională. Au folosit două scale de zece puncte, cerîndu-le pacienților să indice intensitatea durerii și intensitatea suferinței. Majoritatea pacienților pot distinge cu ușurință între durere și suferința cauzată de durere. De exemplu, un pacient poate aprecia că durerea se situează la nivelul patru, dar intensitatea suferinței este la nivelul opt. Delimitînd durerea de suferință, terapeutul începe un proces de tipul „divide și cucerește”.

Alte disocieri

Am folosit și alte disocieri, pe lîngă cea referitoare la durere și suferință, pentru a ajuta alți pacienți. De exemplu, le-am cerut pacienților să distingă între durerea nocivă și durerea inofensivă și între durerea necesară și inutilă. Unele dureri sînt ca un semnal de alarmă. Au o funcție utilă, dar, după ce alarma se stinge, pacientul nu mai are nevoie să fie avertizat.

Aspecte contextuale și relaționale

Contextul în care este trăită o senzație modifică modul în care este interpretată senzația. De exemplu, Erickson le amintea studenților că o femeie care se desparte de soțul ei care merge la război poate spune: „Strînge-mă în brațe atît de tare încît să-mi frîngi coastele, sărută-mă atît de apăsat încît să mă faci

să sîngerez, vreau să-mi aduc aminte îmbrățișarea aceea, vreau să-mi aduc aminte sărutul acela". Cea mai delicată atingere a unui violator poate cauza însă o durere sfîșietoare, de nește rs.

Concentrîndu-se asupra aspectelor durerii, terapeutul poate înțelege un principiu esențial pentru acest tip de activitate terapeutică: durerea *este* maleabilă. Durerea nu este un lucru, ci un proces. Gîndindu-se la aspectele durerii, terapeutul reușește să înțeleagă că durerea *poate* fi schimbată.

Principiile lucrului cu durerea

Trebuie să ținem cont de cinci principii importante în hipnoterapia pacienților care manifestă durere:

1. *Nu este nevoie de o transă totală.* De fapt, transele atotcuprinzătoare sînt de obicei inutile în terapie. O transă ușoară poate fi suficientă pentru a modifica durerea. De asemenea, pot fi utilizate transele selective; pacientul nu trebuie să fie complet relaxat. Relaxarea parțială poate fi suficientă.
2. *Îndemnați pacientul să se implice într-o serie de activități care modifică experiența durerii pe măsură ce pacientul le întreprinde.* Pe măsură ce pacientul se implică experiențial în tipare de comportament, gîndire și acțiune, experiența durerii se modifică categoric.
3. *Pacienții dețin resurse care fac posibil controlul durerii.* Misiunea terapeutului este să facă atractive învățămintele

și asocierile experiențiale pe care pacientul le deține deja. Cu toții am fost la un film cu o durere de cap datorată tensiunii, ca să observăm apoi brusc faptul că durerea s-a diminuat în intensitate sau a dispărut. Erickson le amintea pacienților că pot merge într-o sală de conferințe și pot asculta o prelegere interesantă, fără să conștientizeze deloc că șed pe un scaun inconfortabil. În alte ocazii, pot sta în aceeași sală de conferințe, ascultînd o prelegere plictisitoare și pot să se simtă foarte inconfortabil stînd pe același scaun.

4. *Durerea este un proces, nu un lucru.* Terapeutul trebuie să aibă încredere în capacitatea pacientului de a modifica experiența. Adesea, pacientul aseamănă un simptom unui obiect static, de exemplu: „Iată durerea *mea*”. Acceptarea definiției pacientului îl poate păcăli pe terapeut. Conceptualizarea durerii ca proces poate fi benefică atît pentru terapeut, cît și pentru pacient, deoarece procesele pot fi modificate, însă modificarea unor obiecte poate fi mai dificilă.
5. *Consolidarea este adesea indicată.* Rareori se înregistrează un „gol” prin hipnoză, făcînd să dispară dintr-odată durerea pacientului sau nefericirea care o însoțește. În schimb, am descoperit că experiențele hipnotice repetate sînt esențiale pentru a însufleți asocieri utile, învățăminte experiențiale, amintiri, intuiții și alte variabile esențiale în managementul durerii. În multe cazuri, este benefic să punem la dispoziția pacienților o înregistrare audio cu ședințele hipnotice efectuate în biroul terapeutului. Astfel, pacientul poate avea în continuare experiența stării de transă și poate obține beneficii de pe urma ei. De

asemenea, terapeutul lucrează astfel cu un subiect mai experimentat, care este versat în potențialurile hipnotice sub forma unor beneficii tangibile.

Tehnici

Există o serie de tehnici folosite atît în mod tradițional, cît și de practicienii ericksonieni. Vom descrie șapte dintre ele.

Anestezia-mănușă

În hipnoza tradițională, terapeutul poate sugera experiența anestezierii la nivelul mîinii. Această metodă se numește anestezia-mănușă. Apoi, prin levitația brațului, mîna poate fi mutată spre alte părți ale corpului, unde anestezia poate fi transferată la nivelul zonelor dureroase, oferind astfel senzații benefice în punctele afectate.

Fenomenele hipnotice

Într-un studiu clasic, Erickson (1980b) a postulat că toate fenomenele hipnotice pot fi utilizate pentru a modifica durerea. Componenta esențială a metodei este descoperirea fenomenului hipnotic pe care pacientul îl obține cel mai ușor. De exemplu, dacă pacientul se pricepe bine să disocieze, se poate disocia de durere. Dacă are rezultate bune în privința amneziei, pacientul poate uita durerea. Dacă pacientul poate realiza eficient hipermnezia, își poate aminti foarte bine o

perioadă în care se simțea mai confortabil. Dacă obține ușor regresia de vîrstă, poate reveni la senzațiile corporale dintr-un moment anterior durerii. Dacă are rezultate bune sub aspectul distorsiunilor temporale, poate amplifica intervalele de confort și le poate reduce pe cele de durere. Pacienții vor oferi semnale privind parcursurile care trebuie explorate prin maniera în care vorbesc despre durere, prin obiectivele lor vizînd managementul durerii și prin metodele pe care le folosesc în mod natural pentru a controla disconfortul.

Deplasarea

Într-o serie de cazuri, Erickson și-a propus să mute durerea. De exemplu, a mutat durerea de la nivelul unui membru la alt membru. Această tehnică pare destul de spectaculoasă. De fapt, deplasarea este un fenomen uman comun. De exemplu, cineva poate manifesta îngrijorare la nivel mental, care cauzează aciditate în stomac. Lui Erickson îi plăcea să spună că, dacă un pacient poate percepe durere la nivelul membrului-fantomă, poate percepe și plăcerea la același nivel. La fel, dacă un pacient poate deplasa senzații negative, atunci poate deplasa și senzații pozitive.

Modificarea

Terapeutul poate utiliza anumite puncte forte sau asocieri specifice pacientului. De exemplu, dacă pacientul este muzician, poate că durerea își poate schimba tempoul. Un cioplitor în lemn poate „șlefui” o durere ascuțită, transformînd-o într-o durere mai boantă. Un student poate învăța ceva din durerea pe care o resimte.

Confuzia

Kay Thompson (1982) folosea jocuri de cuvinte și ambiguități pentru a ajuta pacienții să-și gestioneze durerea. De exemplu, ea analiza modul în care durerea poate fi resimțită ca o fereastră. Fereastra are rolul de a nu permite accesul elementelor naturii în interior, dar lasă totuși să pătrundă lumina și căldura. Din interior, cineva poate privi prin „durere” și poate simți confortul aflat de cealaltă parte a durerii. Cînd cineva vede prin „durere”, devine accesibilă o nouă perspectivă.

Presărarea

Tehnica presărării este utilizată pentru a comunica simultan mesaje la nivel social și psihologic. Într-un caz clasic, Erickson (1966) vorbea despre creșterea unui răsad de roșie la nivel social, iar la nivel psihologic insera sugestii vizînd controlul durerii. Pacientul, Joe, nu reacționa la tratamentul medical al durerii. Erickson i-a amintit: „Joe, ești florar și îți voi vorbi despre răsadurile de roșii, dar nu asta vrei să auzi cu adevărat”. Erickson a spus apoi: „De exemplu, îți poți imagina, Joe, cum mica sămînță *se odihnește în pămînt*, apoi vin ploile care pot aduce, Joe, *tihnă și confort*”. Scopul tehnicii inserării nu este precizat în mod evident. Tehnica urmărește mai degrabă „trezirea” învățămintelor experiențiale latente. Terapeutul se străduie să creeze un context în care procesele inconștiente sînt activate în mod indirect.

Amplificarea și devierea

Pacienții se prezintă adesea la terapie crezînd că sînt complet incapabili să controleze durerea. Uneori terapeutul poate acționa astfel încît să intensifice experiența durerii, în loc să o diminueze. Dacă pacienții reușesc să controleze experiența prin intensificarea durerii, atunci ar putea fi capabili și să o diminueze.

Un exemplu de caz ericksonian

Erickson era un clinician credibil pentru pacienții cu durere, deoarece nu le vorbea la modul ipotetic sau ipocrit cînd discuta despre controlul durerii. Erickson însuși cunoștea foarte bine experiența durerii. Cînd pacienții care simțeau durere veneau să-l vadă, vedeau un om care suferea permanent dureri cronice. Totuși, durerea lui Erickson nu părea să-i afecteze semnificativ bucuria de a trăi. De fapt, dispunea de modalități de recontextualizare a propriei dureri. Obișnuia să spună: „Nu mă deranjează durerea. Ceea ce nu îmi place este alternativa”. Pentru Erickson, nu exista nici o alternativă acceptabilă pentru durere; atît timp cît simțea durere, era viu.

Următorul exemplu de caz care ilustrează abordarea lui Erickson (1980c) elucidează unele dintre principiile menționate anterior.

Erickson i-a făcut o vizită acasă unei paciente ce suferea de cancer. Kathy era acasă, fiindcă acolo voia să moară. Cînd

Erickson a intrat în cameră, ea stătea pe o parte, în poziție fetală, cîntînd:

— Să nu-mi faci rău, să nu mă sperii; să nu-mi faci rău, să nu mă sperii; să nu-mi faci rău, să nu mă sperii; să nu-mi faci rău, să nu mă sperii.

În loc să se prezinte într-un mod mai tradițional, Erickson a intervenit, cîntînd alături de pacientă:

— O să-ți fac rău, o să te sperii; o să-ți fac rău, o să te sperii; o să-ți fac rău, o să te sperii; o să-ți fac rău, o să te sperii.

Kathy a întrebat:

— De ce?

Erickson a continuat să cînte:

— Vreau să te ajut, vreau să te ajut, dar te voi speria, te voi speria.

Apoi a rugat-o pe Kathy „să se întoarcă mental, nu fizic”. I-a cerut să se implice total în această activitate. Kathy i-a răspuns:

— Cred că stau pe partea stîngă.

Aceasta a fost o tehnică ingenioasă de distragere a atenției: în loc să încerce să cufunde pacienta într-o stare de relaxare, Erickson a făcut o mică modificare. El a determinat pacienta să se cufunde în *amintirea* unei acțiuni dureroase. Aceasta a fost disociată de *experiența* din prezent. Erickson i-a spus apoi:

— Kathy, vreau să simți cum te pișcă un țînțar de talpa piciorului drept, te pișcă, te pișcă, te doare, te mănîncă.

Kathy a încercat să evoce experiența sugerată de Erickson, dar nu a reușit. I-a răspuns:

— Îmi pare rău, piciorul meu e amorțit, nu simt pișcătura țînțarului.

Utilizînd acest răspuns, Erickson a sugerat că amorțeala i se răspîndește în întreg corpul, cu excepția zonei în care se afla cicatricea chirurgicală cauzată de extirparea sînului.

— În locul în care a avut loc operația, vei simți o pișcătură de țînțar foarte agresivă, care provoacă mîncărimi mari.

Erickson a utilizat răspunsul pacientei, dar a menținut o zonă dureroasă. Scopul a fost recunoașterea faptului că pacienții au uneori sentimente inacceptabile pe care vor să le descarce asupra lor înșiși. În loc să modifice toată durerea, a lăsat o zonă de suferință. Erickson a raportat că Kathy a reușit să se adapteze mai satisfăcător. Ea a încetat să mai cînte și a reușit să se bucure mai mult de restul zilelor pe care le mai avea.

Concluzii

Controlul durerii depinde foarte mult de încredere. Există trei tipuri de încredere. În primul rînd, terapeutul trebuie să aibă încredere în propria sa capacitate de a utiliza în mod adecvat experiențele cu care contribuie pacienții la acest demers. În al doilea rînd, terapeutul trebuie să aibă încredere în capacitatea pacientului. Terapeutul trebuie să-și dea seama că pacienții dețin resursele care fac posibil controlul durerii. În al treilea rînd, trebuie să aibă încredere că hipnoza, relația dintre terapeut și pacient, poate avea succes într-un anumit mod. Acest „articol de credință” (întreg capitolul) a prezentat o parte dintre modalitățile prin care durerea poate fi modificată

și gestionată cu ajutorul hipnozei. Înarmați cu credință – precum și cu informații, speranță, experiență și alte ingrediente esențiale –, terapeutul și pacientul pot porni împreună pe traseul activităților care modifică experiența durerii.

Bibliografie

Erickson, M.H. (1966). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 198-209.

Erickson, M.H. (1980a). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. I-IV (E.L. Rossi, ed.). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980b). An introduction to the study and application of hypnosis for pain control. În E.L. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis,* vol. IV (pp. 237-245). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980c). *A teaching seminar with Milton H. Erickson* (J.K. Zeig, ed.). New York: Brunner/Mazel.

Hilgard, E.R., Hilgard, J. (1983). *Hypnosis in the relief of pain* (ed. rev.). Los Altos, CA: William Kaufman.

Thompson, K. (1982). The curiosity of Milton H. Erickson, M.D. În J.K. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 413-421). New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. K. (1988). An Ericksonian phenomenological approach to therapeutic hypnotic induction and sympton utilization. În J.K. Zeig, S.R. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 17

Abordări de luptător în gestionarea bolii cronice

Sandra M. Sylvester
(cu contribuția lui Robert Nakashima)

Prezentare

WarriorHeart este o organizație nonprofit care lucrează cu bolnavii cronici, pentru a-i ajuta să-și redobîndească sentimentul că viața lor are un rost și că poate fi confortabilă. În acest moment, activitatea organizației WarriorHeart se axează pe sprijinirea bolnavilor de scleroză în plăci să-și folosească la maximum corpul și mintea, prin intermediul unui program de restructurare neurologică bazat pe activitatea lui Milton H. Erickson și pe străvechea disciplină tai chi a artelor marțiale.

Introducere

În multe cazuri, bolile cronice (artrita, cancerul, diabetul, bolile autoimune, afecțiunile neuromusculare, durerea cronică etc.) îl poartă pe bolnav prin etape succesive. Aceste etape se pot succeda rapid sau pot dura ani de zile. Inițial, debutul poate fi atît de treptat, încît boala trece neobservată sau nu este diagnosticată o vreme. Iată un exemplu: în cazul unei afecțiuni neuromusculare, o femeie destul de activă poate observa că rămîne în urmă cînd participă la o drumeție, în timp ce în trecut ea stabilea ritmul. Poate observa că bocancii de drumeție i se uzează la vîrf, așa că ajung să arate mult mai vechi decît sînt, ori că picioarele îi amorțesc după ce stă în picioare sau merge puțin timp, iar pantofii mai lați nu par să o ajute. Poate observa că de obicei se așază să se îmbrace sau se reazemă de un perete pentru a-și menține echilibrul. Își dă seama că sarcinile gospodărești simple, cum ar fi schimbatul unui bec situat deasupra capului, au ajuns să o îngrozească, fiindcă urcatul pe o scară și încercarea de a se întinde o fac să-și piardă echilibrul. Își cere scuze că e neatentă cînd varsă lucruri sau sparge pahare ori farfurii mai des. Poate observa că stilul de viață începe să i se schimbe, că nu mai conduce noaptea, că evită să iasă în oraș cînd traficul e foarte intens, deoarece are impresia că nu mai are reacții la fel de rapide și de precise ca înainte. E foarte afectată de oboseală și îi este greu să se concentreze. Pe plan psihologic, își pierde încrederea în sine. Începe să nu mai accepte responsabilități suplimentare. În scurt timp, depășește etapa negării și își dă seama că are o problemă.

Deoarece îi este afectat echilibrul, această persoană care prezintă o afecțiune neurologică începe să-și limiteze activitățile, devenind mai sedentară și mai izolată. Cu timpul, deoarece face mai puțină mișcare, survine atrofia musculară, urmată de înțepeneală și durere. Consecința este un parcurs tot mai accelerat al deteriorării stării fizice și mentale. Se impune neapărat modificarea direcției acestui parcurs.

Multe persoane care suferă de boli cronice devin experte în bolile lor, documentîndu-se, citind și consultîndu-se cu alții, obținînd informații din gură în gură. Încearcă multe tratamente tradiționale sau pe toate, precum și tratamente alternative. În cele din urmă, bolnavul cronic decide că este timpul să-și vadă de viață, să se descurce cît mai bine într-o situație dificilă. Pentru unii, acest proces de confruntare a dificultăților inevitabile ale vieții devine o șansă de dezvoltare personală, iar boala, deși nedorită, este considerată unul dintre cei mai prețioși profesori. Acesta este obiectivul principal al programului WarriorHeart.

Evoluția programului WarriorHeart

Programul WarriorHeart a evoluat prin colaborarea lui Robert Nakashima, instructor de arte marțiale, cu autoarea, Sandra Sylvester, doctor, psiholog instruit de Milton Erickson cu privire la capacitatea minții de a efectua schimbări la nivel fizic și psihologic. WarriorHeart a fost inițiat ca răspuns la o solicitare a Societății Naționale pentru Scleroza în plăci de a le

preda tai chi persoanelor imobilizate în scaun cu rotile. Pe parcursul cursurilor destinate persoanelor cu scleroză în plăci, s-a dezvoltat conceptul WarriorHeart.

Acum, trei ani mai tîrziu, WarriorHeart este o organizație nonprofit al cărei scop este să determine persoanele cu boli cronice să renunțe la resemnarea pasivă și să ajungă în situația de a se simți, de a fi și de a acționa astfel încît să poată face față incertitudinilor legate de viitor cu calm, speranță și curaj. În prezent, lucrăm în exclusivitate cu persoanele care prezintă afecțiuni neurologice, deși, pe măsură ce progresăm, programul nostru se va extinde, incluzînd persoane afectate și de alte boli cronice.

WarriorHeart este un program interdisciplinar care include meditația, exercițiile de tip stretching, exerciții de mobilitate, mișcări coordonate și tai chi chuan. Programul a fost adaptat și specializat pentru a-i viza pe cei cu mobilitate limitată și care suferă de dureri. Un participant la programul WarriorHeart aderă la un cod al onoarei, responsabilității și compasiunii, acceptînd rigorile programului zilnic de meditație, exerciții și tai chi. Acest proces este foarte solicitant, necesită efort personal și dedicare.

„Războinicul” din WarriorHeart

Cînd o persoană se confruntă cu o afecțiune cronică, una dintre primele pierderi este cea a sentimentului sinelui. Astfel, gestionarea cu succes a unei afecțiuni cronice implică

redefinirea sentimentului sinelui, nu prin *ce pot face*, ci prin *cine sînt*. A fi implicat într-o bătălie zilnică cu o boală cronică înseamnă a îmbrăca mantia războinicului.

Programul WarriorHeart le deschide celor care suferă de boli cronice calea războinicului spre stăpînirea de sine și sentimentul mai intens al împlinirii. Deprinzînd aptitudini precum sincronizarea minții și a corpului, înfruntarea lumii dînd dovadă de deschidere, fără teamă, și identificarea dimensiunii sacre în viața de zi cu zi, oamenii învață să radieze bunătate în lume. Ei dobîndesc sentimentul valorizării sinelui, care provine din adoptarea misiunii fundamentale a războinicului: descoperirea unei existențe bune și pline de sens, care să le fie utilă și altora.

Deși o boală cronică poate afecta capacitatea fizică a unui participant, aceasta nu îi poate afecta în nici un fel caracterul. Fiecare componentă a programului este concepută să ajute participanții să conștientizeze profunzimea potențialului lor de a-și spori calitatea vieții, în pofida bolii și a dizabilității. De fapt, participanții la programul WarriorHeart, deși pot fi beneficiarii serviciilor sociale, capătă puterea de a se ajuta singuri.

Nucleul programului WarriorHeart este o combinație a filosofiei și a tehnicilor lui Milton Erickson cu străvechea filosofie și tehnicile sistemului de arte marțiale chinezești tai chi, ambele avînd drept fundament caracterul inseparabil și interconectivitatea minții și a corpului, care colaborează fără cusur și neîncetat. Ambele sisteme implică observarea și conștientizarea fizică și se bazează pe imagini mentale pentru a dezvălui semnificații și lecții de viață ascunse, integrate în

experiențele cotidiene ale imprevizibilului și schimbării care însoțesc confruntarea cu o boală cronică.

WarriorHeart își învață participanții că, trăind cu o boală cronică, mai ales cu o afecțiune progresivă, fără tratament cunoscut sau vindecare, omul pornește singur într-o călătorie, confruntîndu-se cu provocări necunoscute. Vor exista momente în care oricine întreprinde această călătorie va vrea să renunțe, fiindcă obstacolele sînt prea mari. Continuarea călătoriei în pofida dificultăților transformă persoana într-un erou-războinic.

Erickson a învățat acest lucru în adolescență, cînd s-a luptat cu poliomielita și a învățat singur să-și stimuleze mișcările și senzațiile în membrele paralizate, inventînd exerciții, folosind instrumente cotidiene și peisajele din curtea și de pe ogoarele fermei familiei sale. Era realist și pragmatic. Și-a schimbat planul de a deveni chirurg, care ar fi necesitat intervale lungi de stat în picioare, și a ales să devină psihiatru, disciplină care i-a permis să-și cultive dragostea și fascinația față de bogăția și complexitatea minții și spiritului uman. A învățat importanța exercițiilor sale zilnice pentru a reuși să-și mențină concentrarea atenției, importanța economiei mișcărilor și a hotărîrii de a finaliza o sarcină, indiferent cît timp necesită, la un nivel de intensitate de parcă viața sa ar fi depins de asta.

Pe baza esenței procesului de reabilitare al lui Erickson, stimulăm mișcările și senzațiile la persoanele cu scleroză în plăci, folosind oglinzi plasate în sala de curs pentru a spori propriocepția afectată. În acest mod, participanții pot utiliza feedbackul vizual pentru a-și corecta mișcările și ținuta

corpului. În timp, după repetări atente, mișcările care erau cîndva ataxice și spastice devin fluide, grațioase și line.

Inventăm exerciții bazate pe activități cotidiene, cum ar fi ridicatul de pe scaun, statul la chiuvetă pentru spălatul pe dinți sau întoarcerea de pe o parte pe alta în pat, tot atîtea oportunități de concentrare interioară, pentru a simți siguranță și echilibru fizic. Prin aceste activități zilnice, participanții învață să se miște astfel încît fiecare parte a corpului participă la acțiune și toate părțile corpului colaborează. Participanții noștri învață să stea în picioare, mutîndu-și greutatea dinspre stînga spre dreapta, dinspre înainte spre înapoi, suspendați de tavan, dar ancorați la sol prin diverse imagini mentale care ajută sistemul nervos.

Efectuarea acestor exerciții și a altora, cu o intensitate concentrată – „de parcă viața ta depinde de asta” –, zi după zi, fie că vrei sau nu, este un angajament care necesită o inimă de războinic. Repetarea exercițiilor contribuie la apariția unor noi trasee neurologice, prin procesul numit restructurare neurologică, astfel încît corpul își perfecționează capacitatea de a se mișca în moduri necesare și utile.

Cînd le preda rezidenților și studenților săi, Erickson evidenția importanța observării pacientului. Procesul observării atente era o practică neîntreruptă, cu un avantaj deosebit pentru el, întrucît își redobîndise treptat capacitatea de a-și folosi membrele și coordonarea motorie fină după ce fusese victima poliomielitei la vîrsta de 17 ani. A fost ajutat să analizeze și să rememoreze transferul greutății privindu-și sora mai mică învățînd să meargă. A experimentat cu propriul său corp, reînvățînd funcționarea mușchilor prin observare și prin memoria musculară.

Învățîndu-i pe participanții cu afecțiuni neurologice să-și coordoneze mișcările, exemplificăm și demonstrăm transferul greutății corpului și mișcări care implică sincronizarea tuturor părților corpului. Astfel, participanții, după observare, imitare și repetare atentă și după executarea mișcărilor la unison, în ritm lent, reușesc să-și îmbunătățească echilibrul, coordonarea și sensibilitatea.

Erickson a folosit imagini și concepte naturale pentru a preda lecții de viață: ciclurile schimbătoare și interconectate ale anotimpurilor, plantelor și animalelor; relațiile dintre Pămînt, Lună și stele. A preluat exemple din natură și din dezvoltarea naturală pentru a explica relații psihofiziologice complexe în termeni foarte simpli și ușor de înțeles.

Adesea, exemplele, povestirile și vizualizările contribuie la surprinderea esenței unui eveniment, implicînd sentimentele, emoțiile și experiențele personale anterioare, precum și intelectul. Folosind exemple, povești și vizualizări, putem recontextualiza o experiență și putem aduce la lumină o profunzime și o semnificație care o îmbogățesc substanțial. Fiind cel mai important din exemplele noastre de recontextualizare, programul WarriorHeart își învață participanții că orice persoană care se confruntă cu o boală cronică are misiunea de a se angaja pe un parcurs eroic.

Elementul comun al unor astfel de parcursuri este faptul că o persoană obișnuită primește misiunea de a efectua o sarcină foarte dificilă, care are consecințe extraordinare. El sau ea călătorește singur, pe un traseu necartografiat, spre pericole necunoscute, acolo unde pădurea este cea mai întunecată. Persoana respectivă nu are pe nimeni care să îi arate drumul și se încrede doar în puritatea intenției sale și în

unicitatea scopului său, ca ghid intern. Procesul perseverării în călătorie, în pofida extenuării, a foamei, a pericolelor și a spaimei, călește caracterul persoanei respective pînă ce se transformă în erou. Procesul înaintării, pas după pas, pentru a-și atinge scopul în loc să renunțe creează eroul.

Cînd boala cronică este abordată ca un parcurs al unui erou, persoana respectivă capătă puteri extraordinare.

Al doilea exemplu de recontextualizare poate fi găsit în următoarea poveste, care surprinde esențialul traiului cu scleroză în plăci. O stridie atașată de o stîncă de la malul mării își deschidea și își închidea cochilia, pentru a se hrăni, filtrînd particule nutritive din apa mării. Într-o zi, marea era neobișnuit de agitată și, în timp ce stridia se hrănea, un fir de nisip s-a prins sub corpul ei foarte moale și delicat. Firul de nisip avea margini tăioase, neregulate. Era foarte inconfortabil pentru stridie. Așadar, stridia a făcut ceea ce ar face toate stridiile într-o situație asemănătoare, a încercat să scoată firul de nisip. A încercat în toate modurile posibile să scape de el. În cele din urmă, după multe încercări, stridia a decis să învețe tot ce putea despre firul de nisip. A început să simtă forma lui, să învețe care margini erau tăioase, să mute firul de nisip pentru a încerca să găsească o poziție mai confortabilă. Pe măsură ce stridia explora și analiza firul de nisip, lăsa pe suprafața firului de nisip o pojghiță foarte subțire de mucus. Zi după zi, stridia muta firul de nisip de colo colo, învelindu-l mereu cu straturi foarte fine de mucus. După multe zile și săptămîni, stridia a început să-și dea seama că firul de nisip nu îi mai provoca dureri. După un timp mult mai lung, firul de nisip, care fusese cîndva un factor iritant, a devenit o perlă.

Astfel de sclipiri de înțelegere și amplificare a propriilor puteri se numără printre cele mai importante experiențe existențiale. Calea de a ajunge la ele este însă exercițiul lent, metodic, zilnic: observînd și respectînd cele mai mici detalii existențiale, respirația care urcă și coboară, ritmul anotimpurilor care se transformă neîncetat unul în altul, căldura resimțită atunci cînd tensiunea face loc relaxării în timp ce efectuăm programul WarriorHeart – meditație, întinderi, mișcări coordonate și tai chi.

Programul WarriorHeart

Meditația

Meditația, prin care mintea se concentrează asupra respirației, ancorînd, echilibrînd și calmînd corpul, antrenează fluxul de energie dinspre univers spre cel care meditează. Participanții învață, atît în meditația în poziție șezînd, cît și în meditația în picioare, relaxarea mentală și fizică ce diminuează în mod automat stresul și echilibrează sistemul nervos și creierul. Meditația a devenit un tratament standard prescris pentru îngrijirea persoanelor cu tulburări cardiace și a bolnavilor de cancer; este fundamentul programului WarriorHeart. Concentrarea mentală a meditației este folosită și pe parcursul tuturor celorlalte activități.

Întinderile

Cu o atitudine de concentrare calmă, participanții la programul WarriorHeart învață despre flexibilitate, forță și despre o serie de mișcări ale propriului lor corp. Ei învață tehnici prin care să-și determine părțile mai slabe ale corpului să imite părțile puternice. Prin intermediul întinderilor, elevii învață să separe scleroza în plăci de atrofia musculară. Ei pot acționa direct asupra atrofiei și indirect asupra simptomelor asociate cu scleroza în plăci. Exersînd, ei pot vedea și simți îmbunătățiri pe parcursul cîtorva săptămîni. Participanții noștri susțin că durerea se diminuează sau dispare, că se diminuează frecvența și severitatea spasmelor musculare și că devin mai independenți.

Mișcări coordonate

Aliniindu-și corpul, centrîndu-și greutatea și concentrîndu-se asupra ancorării în pămînt, participanții reușesc treptat să-și transfere greutatea de pe un picior pe celălalt, menținîndu-și totodată echilibrul și relaxarea de-a lungul fiecărei mișcări. Modificările și îmbunătățirea echilibrului apar lent, pe măsură ce se dezvoltă noi trasee neurologice, prin procesul de restructurare neuronală. Poate fi nevoie de săptămîni sau luni de exersare continuă pînă ce sînt constatate schimbările. Participanții noștri afirmă că ajung să cadă mai rar și că își recapătă echilibrul mai rapid.

Tai chi chuan[1]

Tai chi este un sistem chinez străvechi de menținere a sănătății și de autoapărare, care presupune o serie de mișcări lente, relaxante, coordonate cu respirația, cu integrarea posturală și cu imaginarul mental.

La nivel strict fizic, obiectivul vădit al practicantului de tai chi este să-și amplifice conștientizarea percepției spațiale și percepția kinestetică sau „senzația propriului corp”, precum și o sporire generală a forței, a echilibrului și a stării de bine. Corpul învață treptat, prin aplicarea disciplinată a principiilor mișcărilor tai chi, să se miște cu maximă eficiență și economie. Pentru cei care dispun de energie și forță limitate, acest fapt în sine poate avea implicații profunde. De exemplu, controlul conștient al sistemului energetic al corpului poate însemna o creștere remarcabilă a calității și semnificației vieții trăite în umbra unei boli cronice, debilitante. Practica tai chi necesită conștientizarea absolută a relației dintre corp și minte. În etape progresive, formele modificate de tai chi predate în cadrul programului WarriorHeart determină practicianul să atingă noi niveluri ale înțelegerii și puterii de control asupra corpului fizic. Pentru cei cărora boala le-a cauzat sentimentul înstrăinării de propriul corp, acesta este probabil cel mai mare beneficiu al tai chi – senzația de a face din nou cunoștință cu cele mai bune aspecte ale lor înșiși.

La nivel emoțional și spiritual, practicarea tai chi de către persoanele cu boli cronice a generat efecte la fel de încurajatoare, printre care se numără și crearea unei comunități spirituale cu rol de susținere alcătuită din cei care au adoptat principiile tai chi. Tai chi este la bază o activitate

relațională, deși poate fi practicată oriunde, în orice moment, singur sau în grup. Practicantul trebuie să-și creeze o relație cu profesorul, cu ceilalți practicanți, cu propria sa percepție despre sine și, în cele din urmă, cu universul. Una dintre tradițiile cele mai onorate din comunitatea artelor marțiale este relația solidă, aproape sacră, ce îi leagă pe profesor de elev și pe elevi între ei. De-a lungul secolelor, s-a dovedit că acest ansamblu de relații accelerează învățarea, ajută la evitarea plictiselii și deprimării care însoțesc în mod inevitabil orice parcurs dificil și la îmbunătățirea oricărui stil de viață ales.

În cele din urmă, tai chi constituie o disciplină completă, care vizează sistematic aspecte pe care nici o altă modalitate de terapie sau de tratament nu le poate revendica. Un înțelept din vechime spunea: „Mergi purtîndu-ți boala, fă-ți-o tovarăș, pentru că aceasta este calea de a scăpa de ea”. Lecția implicită a practicării tai chi constă în faptul că *nu există adversar*. Prin urmare, cu „dușmanul” (adică boala) trebuie să te contopești și trebuie să-l reorientezi, nu trebuie să lupți cu el pînă ce se ajunge la o confruntare extenuantă, din care nici una dintre părți nu iese învingătoare. Artele marțiale au o metaforă minunată pentru rezolvarea conflictului prin *dizolvarea* lui. Tai chi, mai presus de toate, pune accent mai degrabă pe virtutea cedării și a neutralizării decît pe confruntarea directă. În acest mod, persoana care suferă de o boală cronică poate învăța să aplice aceste principii nemuritoare aspectelor celor mai dificile ale traiului cotidian.

Concluzie

Programul WarriorHeart încearcă să redeștepte sentimentul scopului sau al motivației existențiale, care devine adesea neclar la oamenii afectați de scleroză în plăci sau de altă boală cronică. Pe baza activității lui Milton Erickson și a principiilor tai chi, participanții sînt învățați tehnici care le permit să-și creeze o altfel de relație cu propriile corpuri. În consecință, ei capătă adesea mai multă fluiditate și grație în mișcări, un calm general care provine din faptul că își determină mintea și corpul să colaboreze, și o acceptare a faptului că scleroza în plăci este pur și simplu o parte a vieții lor, ceva cu care se vor confrunta în fiecare moment.

Principiile acumulării energiei, ale fluxului energetic și ale recreării tiparelor la nivelul sistemului nervos sînt abstracte. Pentru a concretiza aceste principii abstracte, WarriorHeart folosește imagini sau scene mentale, astfel încît problemele să fie recontextualizate, iar corpul/mintea/spiritul să se dedice unei atenții focalizate. Aceste scene mentale, împreună cu tehnicile fizice oferite de diversele componente ale programului WarriorHeart permit crearea unui context pentru apariția unor noi amintiri și trasee neurologice la participanții noștri.

1. De Robert Nakashima.

Capitolul 18

Abordări ericksoniene ale afecțiunilor psihosomatice

Harriet E. Hollander

Afecțiunile psihosomatice sînt boli cronice cu patologie fiziologică identificabilă, în cadrul cărora anxietatea, stresul, convingerile și așteptările joacă un rol important în accelerarea simptomelor sau în influențarea severității lor. Deși afecțiunile psihosomatice necesită diagnostic și tratament medical, se ameliorează adesea prin intervenții nonmedicale, cum ar fi psihoterapia, inclusiv hipnoza.

Printre afecțiunile psihosomatice care implică și factori fiziologici, și psihologici se numără astmul, artrita, fibromialgia, migrena și sindromul de intestin iritabil. Ulcerele, considerate cîndva o tulburare psihosomatică, sînt explicate în prezent drept rezultat al infecției cu Helicobacter pylori, necesitînd antibiotice. Totuși, după cum a observat un gastroenterolog cînd i-a recomandat unui pacient hipnoza, „stresul mărește aciditatea stomacală în cazul acestui client, cauzînd înroșirea și inflamarea mucoasei intestinale, astfel

încît devine mai vulnerabil la infecția cu Helicobacter. Am constatat că manifestă accese de ulcer în absența bacteriei Helicobacter”. La unele persoane, ulcerele constituie o boală a minții-corpului, necesitînd atît abordări medicale, cît și nonmedicale.

Afecțiunile psihosomatice sînt diferențiate prin diagnostic de reacțiile de conversie. Factorii psihologici joacă un rol semnificativ, deși inconștient, în reacțiile de conversie, dar patologia fiziologică este absentă. Unele evenimente psihologice sau obiceiuri inadaptate conduc clar la apariția patologiei fizice, constituind o „zonă gri”. Bruxismul la adulți este un astfel de exemplu, cauzînd deteriorarea dinților, dureri la nivelul temporo-mandibular sau dureri de cap.

La copii, regurgitarea cronică, survenită după un singur eveniment traumatic în timpul căruia copilul s-a înecat consumînd alimente solide, poate cauza o teamă fobică de mîncare și de vomatul în locuri publice, de exemplu la școală. Refuzul alimentelor, explicabil prin teama de regurgitare, poate fi însoțit de acuzarea grețurilor, a deranjamentelor stomacale și a constipației, cauzate de obiceiuri alimentare nesănătoase, riscul pe termen lung fiind apariția sindromului de intestin iritabil.

Contribuțiile lui Erickson la tratamentul afecțiunilor psihosomatice

Printre cele mai importante contribuții ale lui Erickson se numără cele legate de tratamentul afecțiunilor minții-corpului, cu accent pe durerea și anxietatea asociate cu aceste boli. Deși tratamentul său era adaptat fiecărui pacient, conform problemei cu care se prezenta acesta, Erickson avea anumite convingeri fundamentale legate de tratamentul durerii și al afecțiunilor psihosomatice.

Erickson (1985b) nu credea că este folositor să spui cuiva care este bolnav sau are dureri că durerea este întru cîtva „ireală", deoarece contrazicerea realității suferinței nu are nici un sens pentru pacient. El accepta patofiziologia ca fiind „reală", direcționînd terapia spre reacția persoanei la afecțiunea respectivă.

Erickson determina pacientul să-și folosească resursele personale pentru terapie și hipnoză. Resursele personale erau definite drept ampla experiență și iscusință personală, precum și abilitatea hipnotică. El a evidențiat importanța utilizării contribuției subiectului în orice mod posibil, fiind ferm convins că hipnoza îi aparține subiectului și că nu este o ilustrare a puterii terapeutului.

Raportul în cadrul hipnozei, scria Erickson (1985d), „depășește cu mult relația dintre subiect și hipnotizator". Raportul există în asociere cu obiectivul pacientului și procesele sinelui, în situația terapeutică. Eficiența tratamentului, mai ales în cazul afecțiunilor complexe, cum ar fi bolile psihosomatice, depinde mai puțin de ceea ce

plănuiește sau intenționează terapeutul și mai mult de disponibilitatea sa de a permite personalității pacientului să joace un rol semnificativ în atingerea obiectivului terapeutic.

Abordarea convingerilor și așteptărilor

Erickson (1985a) era dispus să le ofere indicații directe clienților cu privire la specificul inconștientului atît pe parcursul transei, cît și în afara acesteia. De exemplu, pentru a ameliora durerea, lucru facilitat adesea de adîncirea în transă, Erickson putea explica, în timp ce clientul experimenta diverse niveluri de conștientizare hipnotică, realitatea experienței inconștiente. El le spunea clienților că inconștientul include idei, amintiri și modalități de a înțelege. Aceste idei, amintiri și modalități de înțelegere constituie realități. Ele sînt „concrete". Spre exemplu, sugera că pacienții își pot determina „inconștientul" să creeze o stare de amorțeală, deși aveau *convingerea* că o astfel de stare nu poate exista. Aborda anumite *așteptări* nesigure ale pacienților cu privire la hipnoză sugerîndu-le că nu era nevoie să-și „încătușeze" procesele inconștiente în numele hipnozei. Recontextualiza convingeri și așteptări negative, sugerîndu-le: „Inconștientul tău poate fi pe cît de creativ trebuie să fie" (1985d), sfătuindu-i totodată (și diminuîndu-le astfel și mai mult convingerile și așteptările negative) că nu-i poți porunci inconștientului (1985b).

Abordarea ericksoniană a durerii

Durerea poate fi gestionată prin anestezie, analgezie sau distragerea atenției. Distragerea atenției implică o deplasare, nu neapărat în contextul hipnozei, de la conștientizarea durerii la amintirea confortului (Erickson, 1985a). Erickson (1985d) a recunoscut că pacienții știau deja că își pot manipula reacțiile corporale fără să aibă o experiență hipnotică. El a arătat că cei care veneau la el erau capabili să își inhibe reacțiile automate, își puteau intensifica fluxul sangvin la nivelul unei mîini, diminuîndu-l la cealaltă mînă, își puteau crește sau scădea tensiunea sau își puteau dilata pupila unui singur ochi, fără a intra în starea de hipnoză. El îi sfătuia pe terapeuți ca, pentru a efectua o intervenție hipnotică, să afle ce anume era posibil sub aspect fiziologic, de ce anume era capabil clientul la nivel fiziologic și ce anume își dorea acesta să realizeze.

Tratamentul simptomelor

Erickson (1985e) era foarte convins că intervențiile hipnotice vizează modificarea și transformarea durerii și a simptomelor, nu eliminarea acestora. Oamenii își descriu imaginarul durerii. O migrenă poate să dea impresia că face capul să plesnească, o durere de burtă poate fi asemenea unei arsuri. Un client poate muta vizual sau kinestezic senzația că îi plesnește capul, asociată cu migrena, în altă parte a capului sau în altă zonă a corpului. Senzația de arsură din burtă poate

fi modificată, astfel încît intensitatea fierbințelii să se diminueze pînă la nivelul unei călduri puternice.

Utilizarea resurselor clientului

Erickson (1985f) considera hipnoza o ocazie de a genera și apoi de a utiliza o mare varietate de posibilități intrinseci ale clientului. Sugestiile sale hipnotice creative sondau aceste potențiale ale reacțiilor. Ele includeau punerea experienței autohipnozei la dispoziția clientului, astfel încît clientul hipnotiza un „prieten” imaginar, făcîndu-i mîna să leviteze (1985b). Clienții învățau aprofundarea transei, însoțită de diminuarea benefică a durerii prin intermediul relaxării, progresia aritmetică, levitația mîinii, transa fără conștientizare, disponibilitatea de a aștepta în timpul hipnozei ca simptomele să se modifice, reacțiile ideomotorii, sugestia posthipnotică și amnezia hipnotică (1985b).

Abordări postericksoniene

Abordările ericksoniene ale vindecării continuă să evolueze. Rossi (1996) folosește levitarea ideomotorie a mîinii sau deschiderea și închiderea mîinii pentru a-i pune pe clienți în legătură cu propriile lor experiențe autovindecătoare. Clienții descoperă că mîinile lor levitează, se închid sau se deschid atunci cînd sînt pregătiți să-și utilizeze propriile resurse în vindecare. Mîinile revin în poziția de repaus cînd s-a reușit

înțelegerea sau rezolvarea adecvată a aspectelor psihologice ale afecțiunii psihosomatice.

Mai recent, Lankton (1998) a demonstrat cum li se poate sugera clienților care *cred* că durerea lor fizică nu poate fi diminuată, deoarece are un fundament fiziologic, că își pot diminua *anxietatea* legată de *așteptarea* de a fi împovărați de o afecțiune cronică. El arată cum o utilizare amplă și atotcuprinzătoare a multiplelor abordări ericksoniene și a fenomenelor hipnotice poate genera o diminuare distinctă a durerii, pe care clientul o poate verifica.

Principii de tratament

Următoarele abordări ericksoniene esențiale au fost folosite în exemplele de cazuri citate.

1. Pentru a crea *raportul cu clientul*, încredințați-vă că acceptați pe deplin gravitatea și realitatea afecțiunii fizice a „corpului”. Explorați apoi concepția clientului cu privire la conexiunea minte-corp, ascultînd cum evaluează clientul rolul de facilitare jucat de stres și de anxietate.
2. În timp ce ascultați și priviți, evaluați convingerile clientului, așteptările sale și tiparul tipic al descrierii bolii, pentru a le *utiliza* în intervenția de vindecare.
3. *Induceți* transa, explicînd hipnoza și rolul inconștientului, ca *inducție* a experienței hipnotice.
4. *Sugerați* fenomene hipnotice – anestezia, analgezia, distragerea atenției, deplasarea, levitația mîinii – pe care

clientul le poate *utiliza* pe parcursul explorării problemelor și în vederea aprofundării.

5. Acordați-i clientului suficient timp pentru *a se odihni și a consolida* experiența hipnotică. Oferiți sugestii *posthipnotice* care să utilizeze starea conștientă și autonomia.

Exemple de caz

Karen: acceptarea obiectivelor alese de client

Karen, 14 ani, a fost adusă prima oară la tratament după un episod de asfixiere care a lăsat-o atît de traumatizată, încît se temea să bea și lichidele fortifiante prescrise, care o împiedicau să ajungă subnutrită. Acuza senzația de blocaj în trahee. Această senzație de nod în gît, globul hystericus, este diagnosticată ca reacție de conversie și nu are nici un fundament fiziologic.

Într-un interval de zece săptămîni, Karen văzuse un terapeut behaviorist, un specialist în consiliere pediatrică și cîțiva medici de specialitate. Medicii și-au făcut griji cînd ea a început să se plîngă de grețuri, constipație, scaune dureroase și dureri de stomac, efectul fiind o diminuare și mai severă a aportului ei de hrană. Karen a recunoscut că anxietatea o împiedica să mănînce. Credea însă că obstrucția din gîtul ei este reală.

Terapeutul a recunoscut realitatea experienței globul hystericus. Lui Karen i s-a spus că hipnoza o va ajuta să-și reducă teama de obstrucție, permițîndu-i să amorțească

senzația. Apoi putea să ignore obstrucția și, în cele din urmă, aceasta avea să dispară. A fost utilizată hipnoterapia pe parcursul cîtorva ședințe, pentru a reduce globul hystericus, astfel încît ea a putut să „rontăie” cîte ceva în timpul ședințelor. Nu era însă capabilă să mănînce acasă, fapt care concordă cu rezistența tipică reacțiilor de conversie.

Terapeutul a înțeles că ea trebuia să dobîndească controlul asupra traumei prin „autoajutor” sau prin experiențe care reflectau un loc al controlului intern. Prin urmare, a fost informată că beneficiase de cele mai bune tratamente disponibile. Acum, a sugerat terapeutul, depindea de ea să-și vindece problema, privind înregistrări video cu ea însăși în transă hipnotică. Trebuia să fie „dispusă să aștepte” să-și modifice simptomele conform propriului ei program. Fata a părut mulțumită de această sugestie terapeutică și a urmărit conștiincioasă înregistrările, fără să o îndemne părinții, pînă ce, după două săptămîni și jumătate, comportamentul ei alimentar normal a revenit. Ea a remarcat că „pur și simplu trebuia să facă ea totul”. Simptomele de constipație și durere de stomac, cu fundament mai degrabă fiziologic, s-au redus.

Asemenea multor clienți adulți, această adolescentă manifesta un paradox comun al tratamentului. Își considera simptomele „străine de ea”. Terapeutului i s-a cerut „să-i trateze simptomele”, de parcă ar fi fost situate în afara „sinelui”, astfel încît ea să-și poată vedea de viață. A opus rezistență sprijinului terapeutic pe care și-l dorea fiindcă acesta îi amenința integritatea dorinței de autodeterminare, care a fost însă reinstituită în timp ce își stabilea singură ritmul experienței de învățare, în stare de hipnoză.

Matthew: tratamentul psihosomatic al sindromului de intestin iritabil

Matthew, un director executiv foarte eficient, în vîrstă de peste 50 de ani, pierduse bătălia pentru menținerea controlului companiei sale manufacturiere. Primise un pachet financiar compensatoriu substanțial, dar nu avea serviciu, așa că fusese nevoit să-și diminueze nivelul de trai. Soția sa (el era la a doua căsătorie) avea așteptări mai mari și începuse să-i critice abilitățile antreprenoriale, aptitudinile părintești cu copilul lor de curînd născut și performanțele sexuale. După cîțiva ani fără slujbă, s-a îmbolnăvit și a fost diagnosticat cu sindrom de intestin iritabil. În pofida tratamentului medical, combinat cu terapie cognitivă, apoi psihodinamică, starea lui s-a înrăutățit și a apelat la sprijin prin hipnoză.

Abordarea convingerilor și așteptărilor

La începutul primei ședințe, Matthew l-a informat pe terapeut că orice sugestie de a se relaxa îl determină invariabil să fie extrem de tensionat. Era capabil doar să-și mențină dorința de „a nu face nimic”, aceasta fiind concepția lui despre relaxare, cînd se răsfăța cu un bărbierit și trebuia să aștepte cu prosoape fierbinți pe față în timpul unui tratament cosmetic. De asemenea, se relaxa în timp ce aștepta pe masa de masaj ca maseuza să intre sau cînd i se spunea să se odihnească, la finalul masajului. Se temea că boala lui care se agrava va impune o intervenție chirurgicală.

În calitate de terapeut, i-am spus lui Matthew că, într-adevăr, cazul lui este dificil și că hipnoza tradițională nu ar da rezultat, deoarece experiența ar contrazice tiparele lui

obișnuite. L-am asigurat însă că ar putea fi elaborată o intervenție hipnotică adecvată, foarte individualizată, care să aducă ameliorarea simptomelor.

La prima ședință, fiindcă își dorea hipnoza, i-am sugerat să reînvie acele imagini care îl determinau „să nu facă nimic”, sau ceea ce numea el relaxare. În timp ce își provoca singur transa, am afirmat că voi înregistra ședința, ca să poată folosi înregistrarea pentru a exersa o aproximare a hipnozei, cu scopul de a-și diminua stresul. Adresîndu-mă lui în continuare într-o manieră conversațională, ritmîndu-i respirația, l-am încurajat să preia controlul experienței sale hipnotice. Sub hipnoză, își putea imagina cum va răspunde la critici dacă ar fi reacționat așa cum își dorea. Sau putea să-și dea voie să se concentreze asupra propriei sale variante de „a nu face nimic” și să o exerseze.

În timp ce era în transă, l-am informat că unii gastroenterologi considerau intervenția chirurgicală o opțiune de tratament nesatisfăcătoare pentru sindromul de intestin iritabil. Pe parcursul hipnozei, l-am determinat să identifice neplăcerile legate de gaze și să experimenteze *deplasarea*. Prin sugestie hipnotică, i-am indicat să observe pe viitor situațiile asociate cu diminuarea durerii.

Utilizarea resurselor clientului

La ședința următoare, Matthew a declarat că a constatat o îmbunătățire considerabilă a nivelului său de confort. M-a informat că începuse să-și dea seama cum reacționează la stresul situației sale maritale. Devenea anxios și tensionat, iar simptomele i se intensificau. Interesant, am observat că

devenea tot mai relaxat, mai ales în regiunea abdominală, pe măsură ce îi creștea indignarea.

Pentru a utiliza acest fapt observat, l-am invitat să continue să-și descrie reacția mai detaliat. L-am rugat să țină în mînă un card de biofeedback ce detecta modificările temperaturii pielii în timp ce vorbea, ca să se convingă de efectul calmant pe care exteriorizarea mîniei îl avea asupra intestinelor.

A început să descrie cum era abuzat acasă, dar părea să fie într-o ușoară stare hipnotică, deși avea ochii deschiși. La sugestia mea, a aruncat o privire spre card și a observat că, în pofida aparentei sale agitații, cardul înregistra o schimbare ce indica un calm sporit. A continuat să vorbească despre cum era abuzat, cu ochii închiși, într-o stare hipnotică mai profundă. Apoi a reușit să se odihnească, făcînd apel la imaginea descrisă anterior de „a nu face nimic” cu mare ușurință. Ca sugestie posthipnotică, i-am spus să-și înțeleagă bine experiența hipnotică și să acționeze folosind ceea ce a învățat.

Pe parcursul următoarelor cîtorva ședințe, clientul a concluzionat că putea folosi hipnoza pe parcursul ședințelor pentru a-și accesa gîndurile și sentimentele. Spre surprinderea sa, a aflat că, pentru el, exprimarea fățișă a mîniei îi aducea calm interior și a început să-și confrunte factorii de stres acasă. Acum credea că boala i se va ameliora și a constatat o diminuare a simptomelor de durere.

Rezumat și concluzie

Afecțiunile psihosomatice implică așteptări, convingeri, anxietate și stres care influențează patologia fiziologică. Utilizarea intervențiilor hipnotice pentru a aborda acești factori psihologici are adesea ca efect modificări concomitente ale durerii și remisia simptomelor. Personalitatea și obiectivele clientului devin parte integrantă a intervenției terapeutului, întreprinsă cu cooperarea clientului, care efectuează în mod creativ sarcinile de lucru asociate hipnozei.

Abordarea ericksoniană

► Validați simptomele fiziologice.

► Identificați și utilizați convingerile, așteptările, temerile, stresul și descrierile durerii.

► Induceți hipnoza explicînd-o.

► Sugerați fenomene hipnotice adecvate abilităților clientului, ca intervenție la multiple niveluri, care determină modificarea simptomelor.

► Oferiți sugestii posthipnotice vizînd conștientizarea sinelui și activitatea autonomă.

Bibliografie

Erickson, M.H. (1985a). An introduction to the study and application of hypnosis in pain control. În E.L. Rossi, M.O. Ryan (eds.), *Mind-body communication in hypnosis: Healing in hypnosis* (pp. 217-279). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1985b). Utilizing natural life experience for creative problem solving. În E.L. Rossi, M.O. Ryan (eds.),

Mind-body communication in hypnosis: Life reframing in hypnosis (pp. 1-133). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1985c). Reframing problems into constructive activity. În E.L. Rossi, M.O. Ryan (eds.), *Mind-body communication in hypnosis: Life reframing in hypnosis* (pp. 133-188). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1985d). Hypnotic alterations of physiological functions. În E.L. Rossi , M.O. Ryan (eds.), *Mind-body communication in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson* (pp. 1-65). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1985e). Symptom-based approaches in mind-body problems. În E.L. Rossi, M.O. Ryan (eds.), *Mind-body communication in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson* (pp. 65-201). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1985f). Special states of awareness and receptivity. În E.L. Rossi, M.O. Ryan (eds.), *Mind-body communication in hypnosis: Life reframing in hypnosis* (pp. 223-266). New York: Irvington.

Lankton, S. (1998). *Examining the resolution of anxiety and pain problems using hypnosis* (înregistrare video). Milton H. Erickson Foundation, Brief Therapy Conference: Lasting Impressions, New York.

Rossi, E.L. (1996). *The symptom path to enlightenment.* Pacific Palisades, CA: Palisades Gateway.

Lecturi recomandate

Erickson, M.H. (1985). *Mind-body communication in hypnosis*, vol. I-III (E.L. Rossi, M.O. Ryan, eds.). New York: Irvington.

Capitolul 19

Hipnoza: auxiliar al manevrelor medicale

Norma Barretta, Philip F. Barretta

Cînd pacienții fac față unor dureri „intratabile”, se recuperează sau se vindecă mai repede decît e „normal”, sînt „vindecați” de boli incurabile sau intră „în remisie” în loc să moară, noi, cei care am desfășurat activități ce țin de hipnoză cu astfel de pacienți, ne confruntăm adesea cu „fenomenul Semmelweis” (A. Freedman, comunicare personală, septembrie 1998).

— De unde știți că s-a datorat hipnozei? a întrebat medicul.

— Poate că a fost din altă cauză.

Sau:

— Ei bine, acesta este un caz neobișnuit.

Sau:

— Poate că a fost diagnosticat greșit.

Cinicii sînt siguri că *nu* s-a datorat activităților hipnotice efectuate de pacient.

La sfîrșitul secolului al XVIII-lea, Ignaz Philipp Semmelweis a tras concluzia că tinerele mame mureau de febră puerperală din cauză că medicii care le asistau la naștere nu se spălau pe

mîini între consulturi, astfel încît infectau lăuzele ce nășteau în spitale. Femeile care nășteau acasă rareori aveau aceeași soartă.

Chiar și cînd Semmelweis a demonstrat că rata mortalității cauzate de febra puerperală era practic zero cînd nașterile erau asistate de moașe (care se spălau pe mîini între două nașteri) și atingeau cote uluitoare cînd nașterile erau asistate de medici (care *nu* se spălau pe mîini), criticii l-au ridiculizat.

A mai durat aproape un secol pînă ce s-a dovedit că Semmelweis avea dreptate.

„Cel plin de certitudini nu are deschidere spre învățătură."

Confucius

În 1924, la Universitatea Wisconsin, Milton Erickson s-a descris drept „prea naiv în privința problemelor medicale și prea nerăbdător să experimenteze pentru a fi rezonabil de prudent într-o situație medicală" (Haley, 1967, p. 166), astfel că a hipnotizat un tînăr sportiv care își mușcase limba și nu putea vorbi (și care într-adevăr *ar fi trebuit* să aibă suturi) și a declarat: „După patru ore, tînărul sportiv scăpase de umflătură, de durere și de handicap" (*idem*, p. 166).

Aproape orice antologie a lucrărilor lui Erickson include exemple ale succesului său considerabil în managementul durerii, anestezie și diminuarea necesității medicației. Evident, Erickson folosea în mod amplu hipnoza în foarte multe astfel de cazuri, precum și asupra lui însuși. În timpul uneia dintre vizitele noastre la Phoenix, Phil l-a întrebat pe Erickson cum își gestiona propriile bătălii cu durerea.

Răspunsul său a indicat clar că observase mîna stîngă a lui Phil, care în acel moment vădea semne minore de artrită.

Uitîndu-se destul de evident la mîna lui Phil, apoi privindu-l în ochi, dr. Erickson a spus:

— *Îmi ia o oră* cînd mă trezesc *să alung toată durerea* (comunicare personală, octombrie 1978).

Cînd ne-am întors în California, Phil a început să facă dușuri fierbinți foarte lungi în fiecare dimineață. După douăzeci de ani continuă să aibă același obicei și își poate folosi pe deplin mîinile. Are dureri doar cînd uită „să dedice o oră".

În volumul *The Nature of Hypnosis and Suggestion* (Rossi, 1980, vol. I), Erickson afirmă: „O amintire intensă, mai degrabă decît imaginația", va oferi un traseu asociativ. Bandler și Grinder (1981, pp. 61-63) au folosit acest concept în multe dintre tehnicile programării neurolingvistice, mai ales în „ancorare" și „prăbușirea ancorei"; ancorarea se referă aici la crearea și consolidarea unei sugestii posthipnotice, iar prăbușirea ancorei înseamnă eliminarea unei sugestii posthipnotice anterioare.

Distragerea atenției, deplasarea și reinterpretarea, împreună cu utilizarea amintirilor anterioare pentru a înlocui durerea actuală erau instrumentele lui Erickson de gestionare a durerii (Rossi, 1980, vol. I).

Kay Thompson avea o abordare a durerii care se baza pe folosirea ambiguității. Ea vorbea despre „panouri de sticlă" care pot fi sparte și aruncate cu ușurință (comunicare personală, 1985).

Deborah Ross (1992) descrie cîteva cazuri în care pacienții și-au menținut durerea ca măsură protectivă. Ross folosea

metafora pentru a ghida pacienții spre modalități mai ecologice și mai confortabile de a se proteja. Ea recomandă ca astfel de cazuri să fie monitorizate, poate de două ori pe an, pentru a asigura menținerea stării de bine.

De-a lungul timpului au existat multe relatări ale utilizării hipnozei în scopul diminuării durerii; încă de la 1847, Esdaile scrie despre aplicarea acesteia în chirurgie și medicină, în cartea sa *Mesmerism in India*.

Dincolo de toate acestea, hipnoza poate aduce și vindecarea, nu doar ameliorarea. Erickson a descris multe cazuri terminale în care s-a obținut controlul durerii. În iunie 1997, Harold Crasilneck a descris cazul lui Janelle la al XIV-lea Congres pe tema Hipnozei al Societății Internaționale de Hipnoză din San Diego. Un carcinom infiltrant cu metastaze pînă la os cauza dureri constante după o mastectomie radi-cală, radiații și chimioterapie. Cînd s-a prezentat la consult la Crasilneck, prognoza era rezervată și pe radiografia osului exista un „punct alarmant”. După trei zile (53 de ore) de ședințe repetitive, lungi, ea a afirmat că a avut o experiență „religioasă” pe cînd se afla în transă profundă. Studiile radiologice repetate nu au arătat nici un semnal al cancerului.

Crasilneck și-a numit abordarea „bombardament”, iar aceasta, împreună cu reacția pozitivă a sistemului autoimun, a acționat drept agent catalizator în distrugerea cancerului.

Exemple de cazuri

Judy și Marilyn

În activitatea noastră cu pacienți trimiși la noi pe filieră medicală, am avut două cazuri de fibroame uterine. Judy, care avea pe atunci 35 de ani, a venit la noi în 1977; era supărată fiindcă i se recomandase histerectomia pentru a opri hemoragia abundentă cauzată de cîteva fibroame. Tocmai se recăsătorise și credea că și-ar putea dori încă un copil. Nu voia să facă operația. Cînd am întrebat-o ce anume crede că ar da rezultat, a spus: „Căldura. Le pot arde”. Prin intermediul hipnozei, a fost creată o flacără „cu intensitatea unui milion de lumînări” (în mintea ei) pe care ea a plasat-o la nivelul uterului. În a treia ședință a cerut să ne ținem mîinile deasupra abdomenului ei în timp ce era în transă. Am făcut-o și am simțit o căldură intensă în acea zonă. După șase ședințe, Judy a mers din nou la ginecologul ei, pentru un nou consult. El nu a găsit nici o dovadă a prezenței vreunui fibrom. A numit cazul „unul neobișnuit”, afirmînd că activitatea ei hipnotică era irelevantă.

După aproape 20 de ani, Marilyn a venit pentru pregătirea dinainte de operația de miomectomie, de îndepărtare a fibroamelor, în loc de histerectomie. Am înregistrat ședințele ei hipnotice, pe care trebuia să le repete, ascultînd înregistrarea audio în luna dinaintea operației programate.

Părea obsedată de ideea că ar putea muri. Metafora la care am apelat a fost cunoscuta „poveste a cîinelui” a lui Erickson, despre Roger Drasset, bassetul care a atins o vîrstă foarte

înaintată schimbîndu-și stilul de viață (s-a mutat în Arizona). De asemenea, i-am amintit cît de ușor este să ștergi niște informații pe computer. Era foarte familiarizată cu computerele, așa că și-a „șters” gîndul că va muri în timpul operației.

Din uterul lui Marilyn au fost îndepărtate 53 de tumori. I s-a spus că refacerea va dura șase săptămîni. A revenit la serviciu după trei săptămîni, cu program normal.

Povestea lui Tom

Doi ani mai tîrziu, soțul lui Marilyn, Tom, urma să facă transplant de rinichi. El este editorialist, autor și uneori scrie articole pe teme medicale. Tom își descrie propria experiență:

> Fiind sceptic înrăit, nu aveam mare încredere în puterea hipnozei, dar, fiindcă aparent dăduse rezultate atît de bune în cazul lui Mar, eram dispus să încerc. Pe parcursul ședinței noastre, i-am spus doctorului Baretta toate temerile mele legate de, pe atunci, prezumtiva operație de transplant pe care urma să o fac. Aveam o ditamai listă care includea diverse, de la respingerea transplantului și durere la disconfortul cauzat de cateterul pe care știam că medicul chirurg mi-l va introduce în vezica urinară, urmînd să rămînă acolo timp de cîteva zile după efectuarea transplantului.
>
> După ce i-am explicat toate acestea Normei, în prima jumătate de oră, ea mi-a spus să mă relaxez, să închid ochii, să mă las pe spate pe canapea și pur și simplu să o

ascult. Am făcut asta, iar casetofonul înregistra silențios ceea ce îmi spunea ea referitor la toate problemele pe care le semnalasem. Apoi am ascultat acea înregistrare audio în fiecare zi, pînă la operație. Uneori adormeam ascultînd. Alteori mă simțeam nervos și iritat în timp ce ascultam. În cele din urmă, propria mea dispoziție sau stare fizică nu au părut să aibă vreo influență.

Cred că dispoziția mea plină de optimism înainte de operație s-a datorat cel puțin în parte faptului că am tot ascultat sugestiile liniștitoare, pozitive. Nimeni nu poate măsura în ce proporție hipnoza a contribuit la dispoziția mea mentală, dar nu am nici o îndoială că a jucat un rol. În nici unul din cei 53 de ani ai mei nu mai fusesem atît de calm și de vesel chiar înainte de un eveniment decisiv, cum am fost atunci. Hipnoza a fost singura diferență pe care o pot identifica în pregătirea pentru acel eveniment, comparativ cu modul în care mă pregătisem pentru toate celelalte, de la examenele de la facultate la întîlniri importante de afaceri și chiar pentru nunta mea...

...Cu gîtul iritat de tubul pentru anestezie folosit în timpul operației și cu senzația că „fur" fiecare gură de apă pe care o înghițeam, în prima noapte de după operație m-am simțit destul de rău, a fost cea mai rea noapte din multe luni care au urmat transplantului. Asistentele medicale mă trezeau din oră în oră ca să-mi ia sînge și să-mi monitorizeze semnele vitale și m-am certat cu una dintre ele din cauza frecvenței cu care mă deranjau. În sfîrșit, la ora 4.00, intuind că oricum nu aveam să fiu lăsat să dorm prea mult, am decis să mă dau jos din pat. Inițial am fost prudent. Dar în curînd am reușit să merg destul de bine, deși tîram după

mine suportul încărcat cu soluție pentru perfuzie și cateterul. La ora 6.00, am simțit o energie foarte intensă, mai multă vitalitate decît simțisem timp de mulți ani. „Asta îmi lipsise?”, m-am întrebat. „E incredibil!” M-am plimbat la etajul unde se afla secția de reanimare a spitalului. Cu cîteva luni înainte o întrebasem pe Tanya Heinen de la Fundația de Studii pentru Rinichi Polichistici cît se deplasează de obicei pacienții cu transplant în prima zi de după operație. Mi-a povestit despre Ed Farmer, fost jucător de fotbal american din liga principală și prezentator radio, de la echipa Chicago White Sox, care stabilise recordul, mergînd pînă la camera asistentelor medicale de lîngă salonul său la mai puțin de o zi de la transplant. Acesta a fost unul dintre motivele pentru care zîmbeam larg cînd am trecut pe lîngă camera asistentelor medicale și m-am dus apoi la Tammy [donatoarea lui], să văd cum se simte. Dormea profund, iar Hannah [mama donatoarei] dormea pe un scaun, lîngă patul ei.

Mi-am continuat plimbarea, spre încîntarea și uluirea asistentelor care mă priveau. Apoi l-am întîlnit pe unul dintre medicii din echipa chirurgicală, care a reacționat printr-un zîmbet strîmb cînd i-am spus că sînt pregătit să merg acasă chiar atunci. Desigur, știam că nu se poate. A fi în spital seamănă întru cîtva cu a fi la închisoare. La fel cum deținutul are nevoie de semnătura gardianului înainte să plece, și pacientul are nevoie de acordul scris al unui medic. Și nici unul dintre ei nu intenționa să mă externeze încă, deși mă simțeam deja suficient de bine încît să pot pleca (la aproximativ 15 ore după transplant).

Rezultatele analizelor au indicat cu exactitate de ce mă simțeam atît de vesel și de energic. Cînd asistenta din tura de noapte, Kazu, îmi luase sînge la miezul nopții, nivelul creatininei – cel mai relevant indicator al funcționării rinichilor – era 7,9, ceea ce însemna că substanțele nocive din sîngele meu erau la același nivel ca atunci cînd rinichii mei funcționau la capacitatea de o optime din normal. Cînd mi s-a luat din nou sînge, chiar înainte de ora 6.00, nivelul creatininei era 2,6, cea mai redusă valoare dintr-un interval de peste șapte ani. Nivelurile au scăzut treptat, pînă ce s-au stabilizat la valori cuprinse între 1,1 și 1,3, încadrîndu-se în valorile ce indică funcționarea normală a rinichilor. Asta însemna că noul meu rinichi preluase rapid responsabilitatea, filtrînd substanțele nocive care îmi diminuaseră energia circulînd timp de mulți ani prin corpul meu. În timp ce mă plimbam, am început să-mi dau seama că nu realizasem timp de ani de zile cît de nevolnic mă simțisem de fapt.

Mi-am petrecut restul zilei străbătînd culoarele cu perfuzia și cu cateterul după mine, cînd nu aveam vizitatori – ceea ce nu s-a întîmplat des. O, da, cateterul… Mi se spusese că nu va fi inconfortabil. Am simțit însă de la bun început că îmi crea senzația continuă că trebuie să urinez urgent. Era mai rău în unele poziții șezînd și culcat decît în altele. Acesta a fost cel mai inconfortabil lucru pe care l-am simțit în zilele imediat următoare transplantului. Dar, cînd am ascultat în a doua noapte de după operație înregistrarea audio făcută de doctorul Barretta, am decis să încerc ceva nou. Ori de cîte ori necesitatea devenea intensă și frustrantă, mă ridicam și simulam urinarea, deși orice ar fi

putut rezulta putea să curgă doar prin tubul cateterului. Respectam astfel sugestia de pe casetă de a încerca „o abordare diferită” ori de cîte ori survenea ceva dificil sau inconvenabil. După cîteva ore, am început să tolerez cateterul mult mai bine.

Pe lîngă nivelul crescut de energie pe care l-am simțit brusc, au mai existat două îmbunătățiri considerabile în prima zi de după transplant. Una a fost faptul că am devenit conștient că nu simțeam deloc durere. A doua a fost dispariția fistulei cauzate de dializă, semn bun.

Dacă dispariția fistulei nu a fost o mare surpriză pentru nimeni, cu excepția mea, lipsa durerii a uluit toți medicii care veneau să mă vadă. Simțeam atît de puțin disconfort din cauza inciziei de 15 cm de pe abdomen, încît nu am luat nici măcar un singur analgezic, darămite perfuzia cu morfină la care puteam avea acces imediat. Îmi explic acest fapt prin toleranța la durere pe care o dobîndisem de-a lungul anilor cu episoade ocazionale de dureri de rinichi. În comparație cu acestea, senzațiile provocate de incizie păreau o pișcătură de țînțar. De asemenea, cred că și înregistrarea audio de la doctorul Baretta a avut un rol parțial; aceasta îmi sugera zilnic faptul că modalitatea de a gestiona durerea era să o asemăn pur și simplu cu un tigru care stă sub patul meu, al cărui nas îl puteam împinge ori de cîte ori devenea supărător. Am ascultat înregistrarea în fiecare noapte, la spital, și am invocat mental imaginea ori de cîte ori mă răsuceam sau mă aplecam într-un mod care declanșa o durere bruscă, ascuțită. Repet, nu va fi niciodată posibil să măsor cu precizie cît de eficientă a fost hipnoza, dar sînt absolut convins că a jucat un rol foarte important.

De asemenea, doctorul Baretta a subliniat pe parcursul ședinței noastre faptul că trupul meu nu va reacționa contra noului organ și nu îl va respinge ca pe un obiect străin, ci îl va întîmpina ca pe un locuitor productiv și permanent. Să fi fost o coincidență faptul că dozele mele de imunosupresoare au fost reduse mult mai repede decît de obicei, astfel încît ajunsesem să iau doza obișnuită de menținere indicată pentru toată viața, alcătuită din cîteva medicamente, la mai puțin de trei săptămîni după transplant? Nimeni nu poate spune; „Tot ce putem spune este că hipnoza nu are cum să dăuneze, cu siguranță”, a declarat medicul curant.

Ce schimbări pot aduce 20 de ani!

La 26 septembrie 1998, am participat la prima celebrare aniversară a transplantului de rinichi al lui Tom și i-am urat noului rinichi toate cele bune.

Deborah și Carol

O altă intervenție de pregătire pentru operație a vizat excizia transanală a unui adenom vilos (extirparea unui polip al colonului). Deborah, o femeie de carieră însuflețită, activă și ocupată, cu o familie de care avea grijă, se temea că după operație va fi „scoasă din joc” pentru mult timp. De asemenea, era o „lașă” declarată în privința durerii. Înregistrările audio din timpul ședințelor cu ea au inclus cîteva instrucțiuni metaforice în vederea deplasării durerii de la nivelul kinestezic la cel vizual, astfel încît să poată vizualiza durerea

scurgîndu-se în mare (ea locuiește lîngă Oceanul Pacific), pînă ce iese din raza ei vizuală.

O altă înregistrare includea multe mesaje despre vindecare; unul care îi plăcea în mod deosebit se referea la cîini care mergeau la școala de dresaj (ea avea o abordare existențială bazată pe foarte multă disciplină), unde învățau să se odihnească atunci cînd era necesar și unde au învățat destul de repede să meargă la pas.

Deborah, pacienta noastră, ne-a spus:

> Eram trează și am stat de vorbă cu doctorul B., anestezistul, pe tot parcursul intervenției, glumind, rîzînd. Deși plănuisem să folosesc înregistrarea de la dumneavoastră pe parcursul procedurii, nu am făcut asta, fiindcă eram foarte calmă și complet relaxată; nu am simțit deloc anxietate.
> După operație, am simțit intens „durere de cap declanșată de anestezia spinală”. Am ascultat caseta pentru perioada de după operație și durerea de cap a dispărut. Sînt sigură că hipnoza a ținut la distanță anxietatea și a facilitat procesul de vindecare.

Pacienta noastră cea mai recentă (septembrie 1998), Carol, 32 de ani, a fost diagnosticată cu melanom de gradul IV, care i-a apărut deasupra genunchiului în urmă cu 20 de luni, iar acum avea metastaze în abdomen și la nivelul ganglionilor limfatici de la piept. Cînd s-a prezentat era emaciată, abătută, descurajată, dar profund convinsă că va supraviețui.

În opinia noastră, confirmată de experiență, a reuși să extragem simboluri metaforice de la un pacient este mai util

decît să îi impunem simboluri sau să le creăm. Erickson era de aceeași părere: „A-l îndruma pe pacient «să văd ce pot face eu, pacientul» este mult mai eficient decît să-l lăsăm pe pacient să vadă ce poate face terapeutul cu pacientul sau ce-i poate face terapeutul pacientului” (Haley, 1967).

Am încurajat-o pe Carol să atribuie sistemului ei imunitar un simbol puternic, invincibil, convingător.

Ea a ales simbolul unei armate, asemănătoare întru cîtva legiunilor romane, victorioase vreme de cîteva secole, care să reprezinte celulele ei T, mereu vigilente și patrulînd, căutînd și distrugînd celulele anormale invazive, nedorite. Celulele macrofage erau simbolizate de un serviciu profesionist de curățenie care să adune și să facă să dispară deșeurile. Reparațiile erau făcute de un „Domn Repară-tot”, capabil să facă orice să funcționeze.

Carol urma să facă o serie de tratamente de biochimioterapie în luna octombrie. A fost instruită în timpul hipnozei să primească chimioterapia ca pe un aliat bine-venit în bătălia ei. Împreună cu armata ei invincibilă, înarmată acum cu chimioterapia de ultimă generație, cancerul ei avea să fie distrus. Avea să-i fie puțin foame după fiecare tratament.

Nu a venit la ședința următoare fiindcă era foarte slăbită după tratamentul prin chimioterapie. Mînca însă! La următoarea ședință, pe 3 noiembrie, luase în greutate nouă kilograme, iar ultima evaluare radiologică arăta că e în remisie.

Concluzii

Fără îndoială, pacienții pregătiți prin hipnoză învață să facă față durerii și să suporte intervenții chirurgicale, chimioterapie și radioterapie cu mult mai puțin disconfort și mai puține efecte secundare. Pierd mai puțin sînge, inflamația este mai redusă, febra mai mică. Primesc doze mai mici de anestezic, senzația de greață de după operație este redusă sau absentă. Recuperarea este mai rapidă.

Pacienții pentru care pronosticul era rezervat supraviețuiesc adesea, iar unii chiar se vindecă de boala de care sufereau: petrecerea s-a încheiat!

Încă nu știm cu certitudine de ce este atît de eficientă hipnoza și de ce dă rezultate atît de des. Această incertitudine ne determină însă să ne menținem disponibilitatea de a învăța lucruri noi.

De reținut:

► Considerați hipnoza un auxiliar util al tratamentului medical (tradițional sau alternativ) și credeți mai mult în „miracole”.

► Subliniați responsabilitatea fiecăruia de a se îngriji de sine și de bunăstarea sa. Hipnoza amplifică puterea personală.

► Apelați la resursele fiecărei persoane și folosiți-i simbolurile în metaforele dumneavoastră.

► Utilizați cea mai mare farmacie de pe planetă: aceasta se află între urechile pacientului.

► Alegeți-vă cu grijă cuvintele: ele pot avea un efect de ameliorare intens cînd sînt integrate într-o „țesătură” aleasă chiar de pacient.

Bibliografie

Bandler, R. (1975). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson,* vol. I. Cupertino, CA: Meta.

Bandler, R., Grinder, J. (1981). *TRANCE-formations*. Moab, UT: Real People Press.

Bergman, B.R. (1993). Major surgery under hypnosis*. Hypnos,* 20(1).

Enquist, B. (1997). Pre-surgical hypnosis and suggestions in anesthesia. *Hypnos,* 24(4).

Freedman, A. (septembrie 1998). Uncertainty and institutional change: The Semmelweis phenomenon. Lucrare nepublicată şi comunicare personală.

Haley, J. (ed.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* Orlando, FL: Grune and Stratton.

Justice, B. (1987). *Who gets sick: Thinking and health.* Houston, TX: Peak Press.

Kroger, W. (1979). Comunicare personală.

Lankton, S., Lankton, C. (1983). *The answer within.* New York: Bruner/Mazel.

Ross, D. (1992). Symbolic pain: Metaphors of disease. *Hypnos,* 19(4).

Rossi, E.L. (ed.) (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. I-IV. New York: Irvington.

Rossi, E.L., Ryan, M.O., Sharp, F.A. (1983). *Healing in hypnosis.* New York: Irvington.

Roud, P.C. (1990). *Making miracles.* New York: Warner Books.

Schmidt, C. (1992). Hypnotic suggestions and imaginations in the treatment of colitis ulcerosa. *Hypnos, 19(A).*

Simonton, C., Simonton, S., Creighton, J. (1978). *Getting well again.* Los Angeles: Tarcher.

Yapko, M. (1990). *Trancework.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J.K. (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 20

Facilitarea generativității și a integrității eului: aplicarea metodelor ericksoniene la populația vîrstnică

Helen Erickson

În prezent, există mai multe persoane vîrstnice în viață decît în oricare altă perioadă din istoria lumii (*Healthy People 2000*). Segmentul cu cea mai rapidă creștere din societatea noastră este reprezentat de persoanele cu vîrsta de peste 85 de ani, urmat de cei ce depășesc 65 de ani. Cei mai vulnerabili la apariția unor noi probleme de sănătate sînt oamenii care au peste 55 de ani (*Healthy People 2000*). Cu toate că serviciile medicale convenționale sînt concepute pentru a trata bolile și suferințele, conform acestor informații, costul unor astfel de îngrijiri ar putea deveni o problemă socială majoră în noul mileniu. Totuși, nu au fost explorate suficient posibilitățile care ar putea reduce costurile mai degrabă prin stimularea sănătății și a vindecării decît prin simpla tratare a bolilor și a suferințelor.

Poate că așa stau lucrurile deoarece o mare parte a societății percepe persoanele vîrstnice ca fiind în declin – un declin al sănătății fizice, mentale, emoționale și sociale – și consideră că nu se pot face prea multe pentru a schimba acest lucru. Schimbările specifice vîrstei înaintate sînt asociate cu boala și se crede că „a îmbătrîni" este sinonim cu „a fi bătrîn". Se presupune adesea că a împlini 60 de ani înseamnă că „trupul și mintea nu mai sînt în formă maximă" și că a atinge vîrsta de 70 de ani denotă că „bolile cronice și demența sînt iminente".

Unele schimbări asociate cu vîrsta înaintată pot avea drept consecință un declin, este adevărat, dar ele pot determina și o dezvoltare. Percepția persoanei asupra evenimentelor stabilește dacă survine declinul sau evoluția. Cu alte cuvinte, rezultatul este influențat de modul în care persoana se raportează la aceste schimbări. Perceperea schimbării ca fiind lipsită de semnificație sau de scop generează consecințe negative; consecințele negative produc un declin mai accentuat al persoanei în vîrstă. Pe de altă parte, atribuirea unor semnificații pozitive și a unor scopuri schimbărilor existențiale normale are drept efect evoluția; aceasta ne intensifică sentimentul de bunăstare și mărește capacitatea noastră de a contribui la prosperitatea altora. Unii dintre cei mai mari susținători ai drepturilor omului, savanți și filosofi, au obținut cele mai bune rezultate la o vîrstă înaintată – de exemplu, Franklin Delano Roosevelt și Viktor Frankl.

Milton Erickson a fost un alt senior exemplar, doctor în medicină, care și-a practicat profesia pînă la moarte, la vîrsta de 79 de ani. A înființat Societatea Americană de Hipnoză Clinică, a fondat revista societății, a scris 150 de articole, a fost

coautor al multor cărți după ce a împlinit 55 de ani și a fost foarte activ pînă în stadiile finale ale bolii sale. Puțini dintre cei care l-au cunoscut îl priveau ca pe un invalid sau un „bătrîn”; în schimb, era considerat o persoană dinamică, un savant extraordinar, un profesor și un mentor înțelept, tată, soț, bunic și prieten. Deși cu siguranță avea numeroase afecțiuni fizice care îi limitau mobilitatea, și-a menținut rolurile multiple și a fost viu emoțional, social, mental și spiritual pînă la ultima suflare. A fost un exemplu pentru adepții săi, ne-a demonstrat că putem continua să evoluăm și să explorăm, să fim curioși și productivi și să avem o viață plină și fericită pînă la sfîrșit. Viața și munca sa au inspirat și au călăuzit furnizorii de servicii medicale preocupați de bunăstarea adulților care înaintează în vîrstă.

Acest capitol prezintă un model derivat din contactul meu cu învățămintele lui Erickson, folosit pentru a îmbunătăți viețile persoanelor de toate vîrstele (Erickson, Tomlin și Swain, 1983; H. Erickson, 1988, 1990a, 1990b). În acest capitol, modelul a fost adaptat anume pentru populația vîrstnică. Două dintre obiectivele propuse sînt prezentarea considerentelor filosofice/conceptuale fundamentale și analizarea implicațiilor lor în practică.

Considerente filosofice/conceptuale

Dinamica minte-corp-spirit

Există interacțiuni continue între componentele multiple ale minții, corpului și spiritului, astfel încît stimulii de la orice nivel al persoanei generează răspunsuri multiple la alte niveluri (Ader, 1981; Benson și Stark, 1996; Dienstfrey, 1991; Friedman și VandenBos, 1992; Gallager, 1993; Goleman și Gurin, 1993; Klivington, 1997; Miller, 1998; Savva, 1998; Watkins, 1997). Aceste răspunsuri depind de perceperea conștientă și/sau inconștientă a stimulilor de către persoană (Dafter, 1996; Morris, 1998; Moskowitz, 1992; Moyers, 1993), de resursele privitoare la stare și trăsături disponibile pentru a face față stimulilor (Erickson, Tomlin și Swain, 1983; Erickson, 1988, 1990b), de contextul cultural (Morris, 1998; Shafer, 1998) și de alți stimuli simultani sau temporali (M. Erickson, 1983; H. Erickson, 1990; Rossi, 1986). Rezultatele acestor reacții determină starea generală de sănătate a unei persoane (Dafter, 1996; Erickson, Tomlin și Swain, 1983; H. Erickson, 1988, 1990b; Wickramasekera, 1998).

Sănătatea

Oamenii au o înclinație naturală spre sănătatea holistică. Sănătatea nu reprezintă absența vreunei boli la nivel fizic sau mental, ci capacitatea de a trăi o viață de calitate și de a menține roluri importante în societate. Cu alte cuvinte, deși

suferința și boala influențează capacitățile noastre fizice, oamenii fericiți pot să evolueze, să aibă un scop, să cunoască bunăstarea, să transceadă neajunsurile zilnice, să aibă o viață de calitate. Asta înseamnă sănătatea holistică.

Facilitarea sănătății holistice este condiționată de înțelegerea naturii umane fundamentale – de a realiza ce anume ne facilitează impulsurile intrinseci și ce interferează cu procesele noastre naturale. Printre factorii relevanți se numără (1) necesitățile, dezvoltarea, reciprocitatea și mulțumirea de sine, (2) atașamentul, pierderea și durerea determinată de pierderi, (3) procesele developmentale și (4) legăturile.

Necesitățile, dezvoltarea, reciprocitatea și mulțumirea de sine

Toți oamenii au imboldul înnăscut de a ajunge la dezvoltare, reciprocitate și mulțumire de sine (M. Erickson, 1983; Erickson, Tomlin și Swain, 1983). Gradul în care sînt satisfăcute necesitățile unei persoane determină potențialul acesteia de dezvoltare în orice moment al vieții. Satisfacerea necesităților produce avantaje, iar nevoile nesatisfăcute produc dezavantaje. Avantajele asociate cu trebuințele facilitează dezvoltarea, iar dezavantajele asociate cu acestea împiedică dezvoltarea.

Există cinci tipuri de necesități: biofizice, de afiliere, de individuație, de individuație afiliată și spirituale (H. Erickson, 1992). Primele două sînt necesități de nivel inferior, iar cea a individuației afiliate și cea a bunăstării spirituale sînt de nivel

superior. Reciprocitatea depinde de individuația afiliată (Erickson, Tomlin și Swain, 1983); mulțumirea de sine este condiționată de relațiile care facilitează satisfacerea necesităților umane de nivel superior.

Necesități de nivel inferior

Necesități biofizice

Corpul uman este alcătuit din mai multe subsisteme interactive, cum ar fi sistemul imunitar, sistemul hipotalamic-pituitar-adrenal, sistemul respirator, sistemul cardiovascular și sistemul tractului urinar. Necesitățile biofizice sînt asociate interacțiunilor dinamice ale acestor numeroase subsisteme. Gradul de satisfacere a acestor necesități determină gradul în care corpul va funcționa eficient și efectiv. Majoritatea necesităților biofizice sînt evidente, de exemplu, nevoia de oxigen, hrană și mișcare. Altele, deși mai puțin evidente, sînt uneori mai importante, cum ar fi substanțele chimice necesare funcționării ciclului Krebs. Minima satisfacere a necesităților biofizice este necesară pentru viața fizică.

Necesități de afiliere și individuație

Necesitățile de afiliere sînt cele satisfăcute atunci cînd o persoană se simte asociată cu alta, astfel încît simte o conexiune, cu un anumit grad de siguranță, și consideră că este apreciată de la sine. Necesitățile de individuație sînt asociate cu sentimente de individualitate, stima de sine, demnitatea personală și mîndria de a fi unic. Satisfacerea necesităților de afiliere și de individuație depinde de experiențele de viață anterioare și de concepția din acel

moment a persoanei cu privire la interacțiunile și relațiile cu alți oameni, cu animalele și/sau cu o putere superioară, precum Dumnezeu.

Mulți adulți presupun că este inadecvat să ai necesități de afiliere deoarece aceste sentimente implică dependența de altcineva. Le este greu să facă distincția între dependență și legătură afiliată. Aceștia percep că dependența și independența sînt dihotomice și că una trebuie sacrificată pentru a beneficia de cealaltă: sîntem fie dependenți, fie independenți. Astfel de persoane încearcă adesea să atingă independența renunțînd la satisfacerea necesităților de afiliere. Deoarece înaintarea în vîrstă îndreptățește dependența de alții, o distincție între dependență și nevoia de afiliere devine esențială pentru persoana vîrstnică.

Necesități de nivel superior

Individuația afiliată

Fiind un fenomen intrapsihic, survine atunci cînd o persoană se percepe ca fiind simultan conectată și separată de alt individ important pentru ea (Erickson *et al*., 1983; H. Erickson, 1990a) și consideră că are permisiunea celuilalt membru al diadei atît pentru afiliere, cît și pentru individuație. Echilibrul dintre satisfacerea necesității de afiliere și a celei de individuație va determina gradul în care survine individuația afiliată. Atingerea nevoii de individuație afiliată influențează măsura în care persoana poate avea sentimentul reciprocității benefice, care stimulează evoluția. Reciprocitatea implică o relație mutuală între două persoane, în timp ce individuația afiliată este percepută de fiecare membru al cuplului. Cînd

oamenii ajung la sentimentul de individuație afiliată au un impuls inerent de a-și satisface necesitățile de ordin spiritual.

Necesități spirituale

Aceste necesități sînt satisfăcute atunci cînd considerăm că viețile noastre au o semnificație și un scop care transcend necesitățile de nivel inferior. Este posibil ca necesitățile spirituale să fie satisfăcute, iar altele nu. Căutarea semnificației și a scopului depinde de un echilibru sănătos între individuația afiliată și reciprocitate. Aflarea semnificației și a scopului în viață, un aspect esențial al procesului de vindecare, ajută persoana să descopere esența ființei sale și atrage mulțumirea de sine.

Deși necesitățile spirituale există de-a lungul întregii vieți, ele tind să fie mai importante pentru adulții care înaintează în vîrstă. Astfel, individuația afiliată, reciprocitatea și mulțumirea de sine sînt preocupări majore ale celor care lucrează la etapele evolutive ale generativității sau ale integrității eului, descrise mai jos.

Satisfacerea necesităților, avantaje și dezavantaje

Cînd necesitățile sînt satisfăcute în mod repetat, apar avantaje derivate din acestea. Ele devin resurse care pot fi utilizate pentru a menține sănătatea holistică, pentru a reacționa la stresorii acuți sau pentru a face față stărilor continue de stres (Erickson, Tomlin și Swain, 1983). Cînd necesitățile nu sînt satisfăcute, apar dezavantaje asociate cu necesitățile. Raportul dintre avantaje și dezavantaje, *în orice moment*, stabilește specificul resurselor *existențiale* ale persoanei, care sînt nece-

sare pentru adaptare sau pentru a accepta experiențele de viață imediate. Generarea continuă a avantajelor derivate din necesități duce la evoluție, în timp ce dezavantajele constante derivate din necesități au ca efect privarea. Privarea derivată din necesități împiedică dezvoltarea (Erickson et al., 1983; H. Erickson, 1990a, 1990b).

Atașamentul, pierderea și durerea determinată de pierderi

Cînd un fenomen sau un obiect satisface în mod repetat necesitățile unei persoane rezultă atașamentul față de fenomenul sau obiectul respectiv. Acesta poate fi concret sau abstract și poate varia de-a lungul vieții. Ori de cîte ori apare o pierdere reală, potențială sau percepută a fenomenelor/obiectelor de care ne atașăm, survine durerea determinată de pierderi. Specificul exact al procesului depinde de însemnătatea pe care o are obiectul pierdut pentru persoana respectivă. Unele obiecte sînt semnificative deoarece reprezintă o pierdere a sinelui, în timp ce altele presupun pierderea factorilor care susțin sinele. Primele sînt mai importante și mai dificil de rezolvat.

În toate situațiile există cîteva reacții emoționale, care includ sentimente de negare, mînie și tristețe. Capacitatea unei persoane de a face față durerii determinate de pierderi depinde de disponibilitatea unui nou fenomen sau obiect care să satisfacă necesitățile în mod repetat. Cînd există unul, survine o conexiune cu acel fenomen sau obiect, urmată de atașament. Noul fenomen sau obiect capătă o semnificație tot

mai amplă, vechiul obiect este „lăsat în urmă”, iar procesul durerii determinate de pierderi se încheie (Erickson *et al.*, 1983; H. Erickson, 1990a, 1990b; Kinney și Erickson, 1990).

Cînd persoana respectivă simte că nu există fenomene sau obiecte disponibile care îi pot sau îi vor satisface necesitățile, fie se va concentra pe amintirea vechiului fenomen/obiect, fie va „abandona” ideea disponibilității acestuia. În ambele cazuri, durerea determinată de pierderi este nesoluționată și se instalează doliul complicat, care persistă pînă la apariția unui nou atașament.

Procesele developmentale

Deoarece evoluția este inerentă, secvențială și epigenetică (E. Erickson, 1963; Erickson, Tomlin și Swain, 1983; H. Erickson, 1990b), toți oamenii trec printr-un proces developmental continuu. Echilibrul dintre avantajele și dezavantajele asociate cu necesitățile, pe parcursul unei perioade prelungite, determină specificul remanenței evolutive. Dacă procesele developmentale sînt comune tuturor oamenilor, specificul remanenței evolutive este unic. Dezvoltarea continuă generează remanențe evolutive care facilitează sănătatea, printre acestea numărîndu-se puncte forte și virtuți asociate cu fiecare etapă evolutivă.

Interferența în evoluție are efectul opus: remanență evolutivă care afectează sănătatea. Echilibrul dintre remanențele evolutive pozitive și negative în orice moment influențează specificul resurselor existențiale ale unei persoane; acestea sînt necesare și pentru a se confrunta cu

experiențele existențiale imediate sau a se adapta la ele. Resursele existențiale influențează modul în care oamenii concep și trăiesc experiențele de viață și felul în care reacționează la ele (Erickson, Tomlin și Swain, 1983; H. Erickson, 1990a).

Legăturile

După cum am indicat mai sus, oamenii au impulsul inerent de a-și satisface necesitățile. Fenomenul care facilitează atingerea în mod repetat a necesităților unei persoane devine unul al atașamentului. Aceste fenomene pot avea specific concret sau abstract și variază de-a lungul vieții. Pierderea reală, potențială sau percepută a unui fenomen al atașamentului are drept consecință un proces al durerii determinate de pierderi. Capacitatea unei persoane de a găsi fenomene alternative ale atașamentului care să-i satisfacă necesitățile va determina măsura în care încetează durerea. Efectul necesităților nesatisfăcute este diminuarea resurselor necesare pentru a face față durerii determinate de pierderi. Rezultatul poate fi durerea nesoluționată sau doliul complicat.

Încetarea durerii determinate de pierderi presupune identificarea unor fenomene sau obiecte alternative care pot satisface necesitățile persoanei în mod repetat, astfel încît aceasta să poată renunța la fenomenele sau obiectele de care se atașase anterior. Deoarece satisfacerea necesităților este trebuincioasă pentru evoluția continuă, iar cea din urmă este necesară pentru a produce remanențe evolutive sănătoase, aceste relații sînt importante pentru persoana vîrstnică.

Toți oamenii au tendința înnăscută de a-și dori rezultate evolutive benefice, dar procesele developmentale pot stagna din cauza unor pierderi nesoluționate și a doliului complicat. Specificul remanenței evolutive generate în fiecare etapă existențială oferă un fundament pentru evoluția și dezvoltarea ulterioare. Astfel, o remanență solidă a încrederii (etapa 1) oferă un fundament sănătos pentru dezvoltarea unei remanențe solide a autonomiei (etapa 2), care, la rîndul său, oferă fundamentul solid pentru o remanență solidă a inițiativei (etapa 3) și așa mai departe. Pe de altă parte, o remanență solidă a neîncrederii (etapa 1) va predispune persoana la sentimentul de rușine și/sau nesiguranță (etapa 2), care duce apoi la sentimentul de vinovăție (etapa 3) și așa mai departe. Deoarece remanențele evolutive ale etapelor existențiale anterioare influențează modul în care persoana își percepe existența actuală și în care interpretează noile evenimente existențiale și se adaptează la ele, fiecare persoană abordează în mod unic aceste sarcini. Totuși, comportamentul și atitudinile unei persoane pot fi evaluate și interpretate în contextul procesului developmental, supus influențelor exercitate de satisfacerea necesităților, de pierdere, de încetarea durerii determinate de pierderi și de atașamentul față de obiecte noi.

Implicații în practică

Obiectul îngrijirilor

Evident, atitudinea terapeutului cu privire la sănătate va determina fenomenul pe care se axează acesta. Cei care folosesc un model medical tradițional vor fi preocupați îndeosebi de tratarea suferinței și a bolilor sau de prevenirea deteriorării fizice sau mentale. Ei tind să se axeze pe semnale și simptome și să-și interpreteze observațiile în contextul unui model vindecător. Cei care folosesc modelul descris mai sus vor fi preocupați în primul rînd de facilitarea proceselor benefice și de promovarea stării de bine[1]. Aceștia au mai degrabă tendința de a considera semnalele și simptomele drept simbolice și își interpretează observațiile în cadrul unui model vindecător. Specialiștii care respectă un model tradițional evaluează ce anume nu este în regulă cu corpul și/sau mintea și planifică tratamentul astfel încît să rezolve acele probleme. Scopurile lor vor fi să controleze sau să vindece suferința sau boala și să facă persoana afectată de astfel de stări să se simtă cît mai confortabil posibil. Al doilea tip de terapeut va evalua avantajele generate de necesități, pierderile, durerea provocată de pierderi și remanențele evolutive. Scopul tratamentului va fi să ajute clientul să realizeze individuația afiliată, reciprocitatea și mulțumirea de sine.

Adultul vîrstnic

Adulții vîrstnici se confruntă adesea cu o amplificare a pierderilor și cu provocări pe care nu le-au mai întîlnit. Corpul și mintea lor încep să se modifice, devin mai lenți din punct de vedere fizic și au o capacitate mai redusă de input senzorial. Trebuie să facă față schimbării rolurilor, pierderii celor dragi și modificării responsabilităților și relațiilor. Adesea, fac obiectul stigmatelor sociale, de obicei neintenționate, dar care totuși există. Dacă adulții vîrstnici fac uneori eforturi să-și mențină controlul asupra vieții lor, specialiștii dau de înțeles adesea că aceștia ar trebui să se aștepte la deteriorarea fizică și mentală și că le-ar fi mai bine dacă s-ar pensiona sau dacă ar renunța la activitățile care par să-i obosească. Specialiștii sugerează că este timpul ca aceștia să facă „ce vor”. Implicațiile nerostite sînt că nu mai au multe de oferit și că dispun de un timp limitat. Deși ultima presupunere poate fi adevărată, adulții vîrstnici trebuie apreciați pentru cunoștințele dobîndite, pentru experiența lor de viață și pentru înțelepciunea generală. Ei își doresc să fie capabili să-și împartă viața cu generația tînără, în moduri semnificative pentru ei și pentru cei care beneficiază de acea înțelepciune. Vor să creadă că viața continuă pînă la ultima suflare (poate și dincolo de ea) și că vor avea în continuare șansa de a aduce o contribuție și de a-și demonstra potențialul. Nu vor să admită că este timpul să se retragă, să se izoleze sau să renunțe la viața lor și pur și simplu să-și umple orele cu lucruri lipsite de importanță sau să aștepte să treacă timpul.

Totuși, ca în cazul tuturor oamenilor, remanențele evolutive ale adulților vîrstnici vor influența modul în care

abordează partea ulterioară a vieții lor, comportamentele și atitudinile. Prin urmare, pentru a înțelege implicațiile clinice ale folosirii tehnicilor ericksoniene la adulții vîrstnici, pentru a încuraja unicitatea, este necesar și să înțelegem aspectele lor comune.

Sarcinile specifice etapei de viață

Adulții vîrstnici se concentrează pe sarcinile evolutive de generativitate, respectiv de integritate a eului. Etapa generativității este precedată de cea a intimității. Pe parcursul perioadei intimității, adulții capătă sentimentul că au o legătură strînsă cu alte persoane importante pentru ei, iar la sfîrșitul acestei etape fie simt dragoste pentru umanitate, fie au sentimentul izolării și al deconectării. Prima variantă duce la remanențe evolutive pozitive, iar a doua, la remanențe evolutive negative. Remanențele evolutive influențează modul în care abordează următoarea etapă existențială și tipurile de resurse pe care sînt capabili să le mobilizeze cînd abordează sarcini existențiale asociate, fapt care va fi demonstrat prin comportamentele și atitudinile lor.

Remanențe pozitive

Pe parcursul etapei generativității, accentul se mută pe preocuparea față de societate, cu accent pe contribuțiile personale. În această etapă a vieții, oamenii își pun întrebări cu privire la semnificația și scopul vieții lor. Ei încearcă să înțeleagă însemnătatea contribuțiilor lor în societate și

moștenirea pe care o vor lăsa în urmă. Avansează spre etapa integrității eului, cu o înțelepciune care vizează existența în general, cu un sentiment de împlinire și cu convingerea că, deoarece ei au existat, alții vor fi mai veseli, mai în siguranță și mai satisfăcuți și se vor bucura de un viitor mai bun. Aceștia nu percep un sfîrșit al vieții lor (deși recunosc că declinul fizic va surveni), ci faptul că esența făpturii lor va continua să dăinuie în timp.

Remanențe negative

Cînd adulții întîmpină dificultăți legate de negocierea etapei intimității, apare sentimentul izolării, care generează o remanență evolutivă ce îi influențează în etapa generativității. În loc să treacă în etapa generativității avînd sentimentul că sînt conectați și fiind preocupați de umanitate, ei se simt izolați și devin interiorizați. Pe parcursul etapei generativității, ei devin mai absorbiți de sine și mai puțin preocupați de alții, apărînd sentimentul disperării. Se străduie să găsească un sens al vieții, dar le este greu. Pe măsură ce evoluează spre etapa integrității eului, ajung să creadă că existența nu are nici un sens și că viața lor în particular a fost lipsită de valoare. Încep să aștepte sfîrșitul, adesea cu teamă și neliniște.

Nici un om nu reprezintă cu adevărat o paradigmă a tuturor remanențelor pozitive sau negative, ci pe toți ne caracterizează o combinație a acestora. Raportul dintre ele va fi stabilit de măsura în care sînt satisfăcute necesitățile unei persoane, în care suferă din cauza pierderilor, în care sînt încheiate procesele ce au legătură cu durerea determinată de pierderi și sînt descoperite noi obiecte ale atașamentului. Iată

în ce constă provocarea pentru terapeutul care lucrează cu acest segment al populației. Pentru a înțelege mai bine orientarea personală a clienților vîrstnici, terapeuții trebuie să fie capabili să modeleze lumea lor, să le înțeleagă unicitatea. Modelarea este precursorul firesc al modelării rolului. Modelarea și modelarea rolului[2] evoluează pe măsură ce se creează un tipar de comunicare între două persoane (terapeut și client).

Modelarea și modelarea rolului

La un anumit nivel, toți oamenii știu ce le-a influențat starea de bine, de ce au nevoie pentru a se face bine și ce îi va ajuta să evolueze. Acestea sînt numite cunoștințe vizînd îngrijirea sinelui (Erickson Tomlin și Swain, 1983; H. Erickson, 1990a) și sînt constituite din informații conștiente și inconștiente. Misiunea clinicianului este să faciliteze capacitatea clientului (1) de a formula ce cunoaște la nivel conștient, (2) de a depăși rezistențele, pentru a descoperi ce anume cunoaște la nivel inconștient, (3) de a integra cunoștințele conștiente și inconștiente, (4) de a folosi informațiile.

Modelarea (Erickson, 1975; Erickson, Tomlin și Swain, 1983; H. Erickson, 1990b; Kinney și Erickson, 1990) este tehnica folosită pentru a iniția o relație de lucru, astfel încît terapeutul să înțeleagă concepția unică despre lume a persoanei, inclusiv rezistențele, tiparele existențiale, pierderile și necesitățile terapeutice. Modelarea stimulează intercomunicarea dintre terapeut și client, precum și intracomunicarea (dintre multiplele laturi ale clientului). Este nevoie ca terapeutul să

pătrundă în lumea clientului, să construiască o imagine în oglindă (pe cît posibil) și să interpreteze lumea respectivă în cadrul unui model conceptual. Modelarea include interpretarea atît a indicilor verbali, cît și a celor nonverbali, pentru a înțelege (în măsura în care este posibil) unicitatea clientului. Aceasta cuprinde înțelegerea multiplelor roluri și relații importante pentru client, pentru a avea sentimentul de reciprocitate și de mulțumire de sine.

Dacă modelarea poate fi realizată doar prin observarea și interpretarea semnalelor nonverbale, înțelegerea terapeutului poate fi îmbunătățită printr-un scurt dialog cu clientul. Informațiile utile includ o descriere a situației, factorii asociați cu situația respectivă, ce anume se așteaptă să se întîmple, ce măsuri pot fi luate și care sînt obiectivele clientului. Observarea răspunsurilor verbale și nonverbale nu numai că oferă informații despre preocupările conștiente și inconștiente ale clientului, ci totodată amplifică modul în care terapeutul înțelege siguranța percepută de client în situația actuală. Siguranța în relație și siguranța dezvăluirilor sînt foarte importante pentru toți oamenii, dar mai ales pentru vîrstnici. Aceste informații oferă un punct de plecare pentru terapeut, în vederea utilizării în terapie a concepției despre lume a clientului.

Modelarea rolului este procesul folosit pentru planificarea strategiilor care îi vor ajuta pe clienți să evolueze și să fie ei înșiși, să atingă un nivel mai ridicat de mulțumire de sine și să capete un sentiment benefic al reciprocității. Deoarece mulți terapeuți sînt mai tineri decît clienții lor, uneori nu înțeleg orientarea spre lume a celor mai vîrstnici. Cînd un terapeut lucrează cu sarcina existențială a intimității, poate apărea

impresia că esența vieții constă în dezvoltarea unor relații fericite, sănătoase, în cadrul cărora persoana se simte conectată și iubită și poate răspunde la rîndul său prin dragoste. Totuși, pentru adulții vîrstnici sănătoși, care fac față sarcinii generativității, sentimentele de a fi conectat, de a iubi și de a fi iubit nu mai prezintă interes fundamental; aceste sentimente sînt asumate și reprezintă o componentă esențială a existenței lor. În schimb, ei sînt preocupați să găsească modalități prin care să simtă o afiliere continuă cu persoanele și cu ideile iubite, în timp ce sînt în căutarea propriei unicități și își înțeleg contribuțiile în societate.

Persoanele care prezintă preponderent remanențe evolutive negative caută modalități de a se conecta și de a da un sens existenței lor. Deși pot afirma că vor să fie lăsate în pace, nu au încredere, au învățat să nu iubească și nu cred în viața de după moarte, și ele se află în căutarea sentimentului reciprocității și al mulțumirii de sine. Disperarea lor (care se prezintă adesea sub forma depresiei clinice sau a ostilității fățișe) este un indiciu pentru terapeut că există necesități ne-satisfăcute, pierderi nerezolvate și doliul complicat generat de acestea.

Construirea raportului

Comunicarea dintre terapeut și client începe pe măsură ce modelăm lumea clientului și folosim modelarea rolului. Debutează cu o primă interacțiune, care poate fi subtilă (de exemplu, un schimb de priviri, o strîngere de mînă sau chiar o mișcare spre un scaun) ori explicită (de exemplu, o afirmație

directă) (Klivington, 1997; Watzlawick, 1967). Astfel, este important să ne amintim că o persoană „nu poate să nu comunice” (Watzlawick, 1967) cînd celălalt membru al diadei își dă seama că are loc comunicarea. Semnalele trimise de la unul spre celălalt pregătesc apariția mesajelor următoare. Mesajele transmit atît conținut, cît și informații contextuale și sînt interpretate prin cadrul de referință al receptorului. Deoarece toate mesajele se bazează pe percepții fie ale egalității, fie ale inegalității dintre doi membri care comunică (*Watzlawick, 1967*), atitudinile terapeutului privitoare la îmbătrînire sînt importante cînd lucrează cu clienți mai vîrstnici. Uneori, ceea ce spunem are valoare terapeutică nu datorită conținutului, ci modului în care o facem (Watzlawick, Weakland și Fisch, 1988).

Oamenii vin la terapeut fiindcă și-au epuizat propriile resurse conștiente; nu știu cum să se ajute să fie mai veseli și mai sănătoși. Vin învățînd din experiențele anterioare care le afectează așteptările, speranțele și rezistențele actuale. Adultul vîrstnic trebuie să aibă un sentiment profund al stărilor „eu” și „noi” ale ființei, precum și al stării „tu și cu mine” a ființei. De asemenea, persoana are nevoie de libertate și de acceptare în toate cele trei stări. Deoarece oamenii feriți nu sînt niciodată statici (Erickson, Rossi și Rossi, 1976), sarcina terapeutului este să faciliteze evoluția în contextul proceselor developmentale normale, astfel încît clienții să-și poată desfășura viața la capacitățile lor maxime (Erickson, Tomlin și Swain, 1983).

A avea așteptări este conceptul fundamental în activitatea terapeutică ericksoniană. Cînd clienții cer ajutor, se așteaptă să se întîmple *ceva*; fie vor primi ajutor, fie nu. Adultul vîrstnic

este adesea reținut, pentru a evalua siguranța dezvăluirilor. Terapeutul poate interpreta această *așteptare* drept dovadă a rezistenței; totuși, trebuie să avem în vedere faptul că „nu poți aștepta să se întîmple ceva fără să știi că se va întîmpla” (Erickson, Rossi și Rossi, 1976, p. 88). Capacitatea terapeutului de a profita de așteptările clientului este fundamentală în activitatea terapeutică a lui Erickson. Modul în care ne bazăm pe această stare naturală – de a aștepta să se întîmple ceva – depinde de felul în care comunicăm cu clienții noștri și de ceea ce comunicăm. Ei sînt capabili să perceapă mesajele noastre fiindcă au un impuls natural spre reciprocitate și spre sugestibilitate inerentă.

Sugestibilitatea „este (de asemenea) fundamentală în hipnoză (ericksoniană). S-au făcut multe încercări de a defini hipnoza, atît sub aspectul fenomenelor implicate, cît și al posibilelor mecanisme cauzale, dar nici o definiție nu a răspuns încă satisfăcător la toate întrebările formulate. [...] Bernheim a propus ipoteza conform căreia sugestia este factorul fundamental pentru producerea și utilizarea hipnozei. Sugestiile nu trebuie să fie doar de natură verbală. Ele pot surveni la orice nivel senzorial, incluzînd, desigur, nivelul olfactiv, gustativ, auditiv, tactil, vizual și multe altele. Sugestia și capacitatea de a fi hipnotizat sînt foarte strîns corelate” (Erickson, Hershman și Secter, 1981, p. 20). Deoarece oamenii au un imbold înnăscut spre evoluție și reciprocitate, sînt și foarte receptivi la sugestii care se încadrează în contextul orientării lor către lume.

Depășirea rezistenței

Deoarece adultul vîrstnic vine la terapeut așteptîndu-se să se întîmple ceva și este foarte sugestibil, depășirea rezistenței la inducția transei depinde doar de aplicarea filosofiei și a tehnicilor ericksoniene fundamentale. Tehnicile de lucru cu privire la inducție și transă reprezintă aspectele esențiale.

Tehnici de inducție

Avînd în vedere faptul că majoritatea adulților sînt îngrijorați cu privire la a renunța la sentimentul de control, mulți prezintă rezistență la tehnicile de inducție tradiționale. Sînt însă foarte receptivi la inducția naturalistă sau conversațională: integrarea și presărarea[3] (M. Erickson, 1983; Erickson, Rossi și Rossi, 1976; Rossi și Ryan, 1992; Zeig, 1980), dezvăluirile despre sine[4], orientarea senzorială[5], ansambluri de învățături timpurii[6] comune majorității oamenilor, truisme[7], povești spuse de client[8] și integrarea clientului[9]. Fiecare tehnică ajută adultul vîrstnic să capete un sentiment de confort vizavi de terapeut și unul de control asupra experiențelor sale actuale și să-și dezvolte un ansamblu „da”[10].

Tehnicile confuziei (Erickson, Hershman și Secter, 1981; Erickson, Rossi și Rossi, 1976) dau de asemenea rezultate. În general, adulții au avut multe experiențe cu sistemul de sănătate, așadar au așteptări legate de modul în care se va comporta terapeutul, ce le va cere și ce așteptări va avea de la ei. De obicei, anticipează obișnuita strîngere de mînă și întrebările; consideră că terapeutul se va aștepta ca ei să

coopereze și să se supună. Cînd terapeutul nu reacționează așa cum anticipează el[11], clientul este nedumerit și devine disponibil pentru tehnicile conversaționale.

Tehnici de lucru cu privire la transă

Cu toate că în lucrul cu adulții vîrstnici sînt utile o serie de tehnici, unele sînt mai eficiente cînd este vorba despre o persoană cu niveluri ridicate de remanențe evolutive pozitive, iar altele, în cazul celor care au niveluri ridicate de remanențe evolutive negative. Unele dau rezultate bune la ambele tipuri de persoane. De exemplu, nararea poveștilor poate fi folosită aproape cu toate persoanele. Cînd există un nivel ridicat de remanențe pozitive și un nivel minim de remanențe negative, obiectivele sînt să ajutăm persoana să se bazeze pe propriile sale puteri, să și le recunoască și să învețe să folosească resursele într-un nou mod. În această situație, clientul fie deține resursele, dar nu știe asta, fie are acces facil la resurse și pur și simplu are nevoie de puțin ajutor. Adesea, astfel de persoane au fost relativ fericite și s-au simțit bine de-a lungul unor intervale mari de timp. Se prezintă cu noi probleme fizice (asociate adesea cu pierderi majore), sentimente de tristețe și impresia că viața s-a întors cu susul în jos. Au nevoie de ajutor pentru a găsi noi modalități de a-și satisface necesitatea de individuație afiliată, necesitatea de a avea un scop pentru noile lor experiențe de viață, o însemnătate a vieții și autoproiecție. Recontextualizarea (M. Erickson, 1983; Rosen, 1982; Rossi și Ryan, 1992; Zeig, 1980), sugestiile indirecte, reintegrarea, dislocarea, imaginarul vizual

(Erickson, Hershman și Secter, 1981), folosirea analogiilor și a distorsiunilor temporale sînt tehnici ușor de aplicat, care dau rezultate bune.

Pe de altă parte, cînd există un nivel ridicat de remanențe negative, terapeutul va fi pus în dificultate de simptomele care reflectă atît remanențele negative, cît și impulsul natural al clientului spre evoluție. Adesea, comportamentele și atitudinile clientului reflectă absența încrederii[12] și/sau neîncrederea, îndoiala cu privire la sine[13], rușinea[14], vinovăția[15], sentimentul de inferioritate[16], confuzia identitară[17] și izolarea[18]. Simultan, deoarece există înclinația spre evoluție, comportamentele lor dezvăluie faptul că doresc să aibă relații mai benefice și să găsească noi modalități de adaptare.

Ei manifestă adesea un conflict interior. Arată că vor să „scape” de vechile obiceiuri, să „pună capăt” comportamentelor distructive și să fie mai fericiți. Totuși, cînd un terapeut de orientare tradițională le sugerează modalități de a atinge aceste scopuri, clientul va sabota fiecare posibilitate. Acest lucru se întîmplă din cauza faptului că sugestiile terapeutului se axează pe acumularea unor remanențe pozitive, fără a lua în calcul eliminarea concomitentă a remanențelor negative. Terapeutul trebuie „să-i facă jocul” acestui tip de client, jonglînd între două tipuri de remanențe.

Printre strategiile deosebit de utile se numără recontextualizarea (M. Erickson, 1983; Rosen, 1982; Rossi și Ryan, 1992; Zeig, 1980), implantarea (Zeig, 1980), anecdotele (Zeig, 1980), comenzile integrate (*Zeig, 1980*) și nararea poveștilor. Analogiile sau metaforele (Rossi și Ryan, 1992) nu

sînt foarte utile pentru remanențele negative situate sub a treia etapă de dezvoltare (adică inițiativa și vinovăția), deoarece metaforele necesită cogniție abstractă. Remanențele evolutive asociate cu prima și a doua etapă de dezvoltare înglobează gîndirea preconceptuală și presupun comunicarea în contextul respectiv. Deși segmentarea (Erickson, Rossi și Rossi, 1976) este extrem de utilă pentru acest tip de client, integrarea învățării este întotdeauna necesară, pe măsură ce clientul progresează.

Rezumat

Acest capitol descrie relațiile dintre procesele developmentale, satisfacerea necesităților, atașament, pierdere și durerea determinată de pierderi și relevanța aplicării tehnicilor ericksoniene la populația vîrstnică. Ne-am dorit să punem la dispoziția cititorului o prezentare generală, nu o descriere detaliată a acestui model și să-l ajutăm să înțeleagă mai bine cum să faciliteze vindecarea acestui segment al populației, ținînd cont de individuația afiliată, de reciprocitate și de mulțumire de sine.

Exemplu de caz

Fiica doamnei S. și-a înscris mama ca voluntar într-un studiu privind persoanele cu Alzheimer și îngrijitorii lor. Doamna S.,

în vîrstă de 85 de ani, își pierduse cel de-al doilea soț cu doi ani în urmă și se mutase recent din alt stat pentru a putea locui cu fiica ei. Medicul doamnei S. a diagnosticat-o cu depresie clinică și Alzheimer în stadiu timpuriu. Fiica ei a afirmat că mama sa nu făcea nimic toată ziua, doar stătea pe canapea și rupea șervețele. Refuza să participe la activitățile familiale, părea incapabilă să-și recunoască fiica și i se adresa ginerelui cu numele soțului ei decedat. Fiica mi-a spus că e posibil ca doamna S. să nu îmi răspundă și că a refuzat să iasă din casă, așa că va trebui să-i fac eu prima vizită; am fost de acord. Cînd am sosit, doamna S. ședea pe canapea, aparent fără să observe că intrasem în cameră. M-am apropiat de ea, m-am prezentat și i-am spus că eram asistentă medicală și că mă interesa să găsesc oameni dispuși să participe la un studiu. I-am descris apoi studiul pe scurt, apoi am invitat-o să participe. Ea a răspuns printr-un comentariu:

— Nu, draga mea, sînt prea bătrînă. Nu mai am nimic de oferit nimănui. Nu-mi doresc decît să mor.

Folosind o tehnică bazată pe surpriză pentru a induce transa, am răspuns:

— Ei bine, mi se pare că nu înțelegeți problema. Adevărul e că nu sînteți prea bătrînă, ci prea tînără!

Am întrebat-o apoi dacă voia să afle de unde știam asta. M-a privit pentru prima dată. I-am explicat că știam că este prea tînără deoarece doamna de onoare de la nunta mea avusese 86 de ani, apoi am spus:

— Așa că, vedeți, nu sînteți prea bătrînă, ci prea tînără. Dar s-ar putea să vă permit totuși să participați, fiindcă îmi amintiți de ea. Era o femeie minunată, bunica soțului meu.

Doamna S. a părut surprinsă, a început să zîmbească și m-a invitat să mă așez și să-i dau să semneze formularul de consimțămînt. Am întrebat-o dacă ar vrea să-mi spună cîte ceva despre ea, orice îi venea în minte, și am încurajat-o să pipăie canapeaua pe care ședea, să stea cît mai comod, poate chiar să simtă cum i se reazemă spatele de spătarul canapelei și cum i se sprijină tălpile pe podea. Apoi am încurajat-o să observe cît de lin respira și să simtă ritmul încîntător al pulsului ei. Pe cînd se relaxa vizibil, i-am sugerat că poate ar fi curioasă cu privire la ce anume și-ar aminti și despre ce ar alege să vorbească.

A început imediat să vorbească despre un moment pe care și-l amintea, de pe vremea cînd avea trei ani. Vocea i s-a schimbat, părea mult mai tînără. A spus că se simțea înspăimîntată și singură, că fusese abandonată și că o parte din ea lipsea. I-am amintit că eram alături de ea și, pe măsură ce va continua să fie curioasă și să exploreze, vocea mea o va însoți. I-am sugerat din nou că poate vrea să simtă cît de confortabil i se reazemă spatele de spătarul canapelei și cum tălpile i se sprijină pe podea și să-și amintească faptul că spatele și picioarele îi erau conectate cu restul trupului, astfel încît putea lăsa senzația aceea blîndă de confort să i se răspîndească în tot corpul.

Din nou, vocea i s-a schimbat, părînd de această dată a unei persoane mai în vîrstă; se afla pe un vapor, alerga peste tot și căuta pe cineva. Din nou, a spus că se temea și că se simțea singură; avea probabil în jur de trei ani și călătorea spre America. I-am spus din nou că vocea mea o va însoți pe parcursul călătoriei și că-și va aminti că problema consta în faptul că era prea tînără, însă își va da seama în curînd că era

în siguranță și că urma să crească și, pe măsură ce se maturiza, avea să învețe modalități noi de a explora și de a fi curioasă, fără să se teamă. Mi-a spus că aveam mare dreptate și că-i va face plăcere să mă revadă. I-am sugerat că ar putea fi capabilă să-și amintească ceea ce aflase și să folosească acele informații pentru a se ajuta pe sine să găsească modalități de a fi fericită. A fost de acord.

În timp ce stabileam o dată pentru următoarea noastră întîlnire, ginerele și fiica ei au intrat în cameră. Ea s-a ridicat imediat, și-a îmbrățișat fiica spunîndu-i pe nume, și-a salutat ginerele spunîndu-i pe nume. Cînd am plecat, stătea în ușă, făcîndu-mi cu mîna, zîmbind larg.

Săptămîna următoare, doamna S. a sosit la prima ședință de grup. A luat loc și a început imediat să vorbească despre familia ei. A spus că s-a născut în Lituania, că tatăl ei le părăsise pe mama ei și pe ea cînd abia se născuse; el venise în Statele Unite să înceapă o viață nouă. Cînd ea avea 18 luni, mama ei a plecat la tatăl ei, iar ea a rămas în grija unei mătuși. Cînd avea în jur de trei ani, ea și mătușa ei au mers în America. Ne-a arătat fotografii cu ea în Lituania și pe insula Ellis. A remarcat că uitase complet că nu se născuse în țara asta și i se părea curios că se gîndea la asta acum. I se părea că pornise într-o călătorie pentru a se descoperi pe sine, apoi a rîs cu plăcere de propria-i „glumă”.

Pe parcursul ședințelor ulterioare, doamna S. și-a descris temerile de cînd fusese trimisă la școala cu internat și de cînd a murit primul ei soț și incapacitatea ei de a face față decesului celui de-al doilea soț. A vorbit despre faptul că învățase să nu aibă încredere în faptul că o va ajuta cineva, despre rușinea cauzată de trecutul său, despre sentimentele ei

de vină și trădare (deoarece părinții ei munciseră atît de mult ca ea să aibă o viață mai bună). A mărturisit că nu era sigură că-și dorise să fie mamă, că nu reușise cu adevărat să-și găsească un rol satisfăcător în viață (deși predase la o școală timp de aproape 45 de ani) și că nu se simțise niciodată foarte apropiată de nimeni (deși avusese nevoie să fie căsătorită), se simțise mereu izolată de ceilalți, iar cînd am întîlnit-o pentru prima oară i se părea că nu mai are nici o speranță.

De-a lungul ședințelor, am continuat să recontextualizez, să implantez idei și uneori să folosesc comenzi integrate. De exemplu, la un moment dat a spus că era chiar prostuță cînd era mică, deoarece crezuse că s-a rătăcit și a alergat peste tot pe vapor în căutarea cuiva (cel mai probabil, a mamei), deși mătușa ei o avertizase că s-ar putea rătăci. I-am sugerat că fusese o fetiță foarte *isteață*, știa de ce are *nevoie* și ce voia, iar în general chiar așa este – *știm mai multe despre noi înșine decît oricine altcineva*, indiferent cine ar fi –, deși nu conștientizăm întotdeauna ce știm! Și cît era de plăcut să știe că nu mai era acea fetiță și că acum putea să obțină ceea ce îi era necesar și ceea ce voia, iar fetița avea probabil multe lucruri în comun cu tînăra de 85 de ani care vorbea cu mine. De asemenea, i-am spus că ar fi interesant pentru ea să descopere mai multe despre ceea ce știe, dar nu realizează și că aflarea unor astfel de lucruri ar ajuta-o să se *cunoască* mai bine pe sine.

Deși doamna S. prezenta uneori semne de dezorientare și confuzie, scorul ei conform MMSI și scorul pentru memorie și comportament (măsurat cu ajutorul Listei pentru memorie și comportament Zarit și Zarit) s-au îmbunătățit, a fost capabilă să participe la activități familiale și s-a bucurat de viață alți

cîțiva ani. Fiica ei a rezumat totul într-o frază simplă: „Mulțumesc că mi-ați dat-o pe mama înapoi!”.

Concluzii

Filosofia ericksoniană sugerează că toți oamenii își doresc să trăiască vieți sănătoase, fericite, că vor ca existența lor să aibă însemnătate și scop și că vor să-și atingă potențialul maxim. Aceste lucruri sînt valabile chiar și atunci cînd corpul și mintea se află în declin, din cauza fenomenului natural al trecerii timpului. Cînd folosim strategii centrate pe punctele forte ale clienților și îi ajutăm să devină mai vii (chiar dacă se apropie de moartea fizică) și să-și trăiască viețile la maximum, îi ajutăm într-adevăr să se vindece și să transceadă.

Cînd Marc Ian Barasch, un ziarist de vîrstă mijlocie, a fost diagnosticat cu cancer la gît, a încercat modalități de tratament și tradiționale, și netradiționale. După cum descrie în cartea sa (Barasch, 1995), există un tipar universal, pe care el îl numește calea vindecării. În opinia lui, aceasta este analoagă unei transformări existențiale. El concluzionează că „scopul însănătoșirii nu este neapărat revenirea la normal, ci recăpătarea sufletului”. Acest capitol a fost redactat cu scopul de a-i ajuta pe practicieni să descopere noi modalități prin care să-și ajute clienții să descopere esența făpturii lor, să-și recapete sufletele.

Bibliografie

Ader, R. (ed.) (1981). *Psychoneuroimmunology.* New York: Academic.

Barasch, M. (1995). *A soul approach to illness: A healing path.* New York: Penguin Books.

Barnfather, J., Erickson, H. (1989). Construct validity of an aspect of the coping process: Potential adaptation to stress. *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 23-40.

Benson, H., Stark, M. (1996). *Timeless healing: The power and biology of belief.* New York: Scribner's.

Consumers Union (1995). Working out chronic illness. *Consumer Reports on Health*, 7(10), 113-120.

Dafter, R. (1996). Why negative emotions can sometimes be positive. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 12(2), 6-18.

Dienstfrey, H. (1991). *Where the mind meets the body.* New York: Harper Collins.

Dossey, L. (1993). *Healing words.* San Francisco: Harper Collins.

Erickson, E. (1963). *Childhood and society.* New York: Norton.

Erickson, H. (1975). Personal communication with M. Erickson.

Erickson, H. (1988). Modeling and role-modeling: Ericksonian techniques applied to physiological problems. În J. Zeig, S. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the art.* New York: Brunner/Mazel.

Erickson, H. (1990a). Self-care knowledge: An exploratory study. *Modeling and role-modeling: Theory, practice and research*, vol. I (pp. 178-202).

Erickson, H. (1990b). Modeling and role-modeling with psychophysiological problems. În J. Zeig, S. Gilligan (eds.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors.* New York: Brunner/Mazel.

Erickson, H. (1992). Lower and higher level needs: Affiliation, individuation, and affiliated-individuation. Manuscris nepublicat.

Erickson, H., Tomlin, E., Swain, M. (1983). *Modeling and role-modeling: A theory and paradigm for nursing.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Erickson, M. (1983). *Healing in hypnosis.* În E. Rossi, M. Ryan, F. Sharp (eds.). New York: Irvington.

Erickson, M., Hershman, S., Secter, I. (1981). *The practical application of medical and dental hypnosis* (publicat pentru prima dată în 1961). Chicago: Seminars on Hypnosis Publishing.

Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic realities.* New York: Irvington.

Frankl, V. (1984). *Man's search for meaning* (ed. a III-a). New York: Simon & Schuster.

Friedman, H., VandenBos, G. (1992). Disease-prone and self-healing personalities. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(12), 1177-1179.

Gallager, W. (1993). *The power of place: How our surroundings shape our thoughts, emotions and actions.* New York: Poseidon.

Goleman, D., Gurin, I. (eds.) (1993). *Mind-body medicine.* New York: Consumer Books.

Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives 1991. Washington, DC: U.S.

Department of Health and Human Services.
Justice, B. (1998). Being well inside the self: A different measure of health. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(1), 61-68.
Kinney, C., Erickson, H. (1990). Modeling the client's world: A way to holistic care. *Issues in Mental Health Nursing*, 11, 93-108.
Klivington, K. (ed.) (1997). Information, energy, and mind-body medicine. *Advances: The Journal of Mind-Body Health*, 13(4), 3-36.
Klivington, K. (1998). Information, energy and healing: Challenges to biology and medicine. *Advances: The Journal of Mind-Body Health,* 13(4), 36-42.
Miller, D. (1998). More on „information, energy, and mind-body medicine". *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(4), 287-292.
Morris, D. (1998). Illness and health in the postmodern age. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(4), 237-250.
Moskowitz, R. (1992). *Your healing mind.* New York: Morrow.
Moyers, B. (1993). *Healing and the mind.* New York: Doubleday.
Rosen, S. (1982). *My voice will go with you: The teaching tales of Milton H. Erickson.* New York: Norton.
Rossi, E. (1986). *The psychobiology of mind-body healing: New concepts of therapeutic hypnosis.* New York: Norton
Rossi, E., Ryan, M. (eds.) (1986). *Mind-body communication in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson*, vol. III. New York: Irvington.
Rossi, E., Ryan, M. (eds.) (1992). *Creative choice in hypnosis: Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Sawa, S. (1998). Toward a cybernetic model of the organism. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(4), 292-301.

Shafer, W. (1998). Incorporating social factors into the mind-body and wellness fields. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(1), 43-60.

Watkins, A. (ed.) (1997). *Mind-body medicine: A clinician's guide to psychoneuroimmunology.* Edinburgh: Churchill Livingston.

Watzlawick, P. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes.* New York: Norton.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch, R. (1988). *Change: Principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton.

Wickramasekera, I. (1998). Secrets kept from the mind but not the body or behavior: The unsolved problems of identifying and treating somatization and psychophysiological disease. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14(2), 81-98.

Zarit, S., Zarit, J. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the burden interview.* Manuscris nepublicat. Pennsylvania State University.

Zeig, J. (ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1990). Seeding. În J. Zeig, S. Gilligan (eds.), *Brief therapy: Myths, methods and metaphors*. New York: Brunner/Mazel.

1. Acești practicieni abordează și problemele fizice. Diferența constă în faptul că obiectul îngrijirilor este persoana, nu

boala. Procesele bolii sînt considerate factori care afectează starea de bine și calitatea vieții. Semnalele și simptomele bolii sînt considerate simbolice și tratate din perspectivă fizică și psihosocială.

2. Conceptele referitoare la „modelare” și „modelarea rolului” i-au fost propuse inițial autorului de către Milton Erickson. A fost nevoie de 15 ani de studii pentru ca importanța lor să fie înțeleasă și apreciată.
3. Presărarea este includerea aleatorie a unor comentarii semnificative, cu scopul de a induce transa sau de a facilita lucrul cu transa.
4. Dezvăluirile despre sine, în această situație, se referă la împărtășirea de către terapeut a convingerilor sale despre cunoștințele privind îngrijirea sinelui descrise mai sus și a modului în care acestea se raportează la convingerile terapeutului despre oameni. Acest fapt poate fi realizat spunînd că toți oamenii știu ce anume le afectează sănătatea și bunăstarea, de ce anume au nevoie pentru a fi mai fericiți și ce îi va ajuta să evolueze. Eu adaug adesea că oamenii vor să-și atingă potențialul maxim, dar circumstanțele existențiale îi împiedică uneori. De asemenea, arăt că nu există lucruri corecte sau greșite, ci doar învățăminte despre cum să fim mai competenți și cum să ne satisfacem necesitățile mai eficient.
5. Orientarea în raport cu stimulii externi, cum ar fi stimulii auditivi, vizuali și olfactivi, cu o reorientare gradată asupra stimulilor interni, precum ritmul inimii, senzația că pieptul urcă și coboară, cînd respirăm profund.
6. Majoritatea oamenilor își amintesc cînd au învățat prima oară alfabetul, cînd au început să meargă pe bicicletă, să

adune 1 și cu 1. La cerere, majoritatea își amintesc și cît de dificilă era fiecare sarcină înainte să fie realizată și cît de simplă părea după ce a fost efectuată (Erickson, Rossi și Rossi, 1976).

7. Truismele se bazează pe ansamblurile de învățare timpurii. De exemplu, a afirma că a fost foarte dificil să-l deosebească pe „m” de „n” și uneori pe „m” de „3” înseamnă a afirma ceva ce este adevărat pentru majoritatea oamenilor. Cu cît știm mai multe despre lumea clientului, cu atît e mai ușor să folosim truisme pentru a depăși rezistența (*Erickson, Rossi și Rossi, 1976*).
8. Narațiunile clientului se inițiază cerîndu-i acestuia să spună o poveste, oricare i-ar veni în minte. Puteți preciza că vreți să fie o poveste legată de o experiență existențială recentă sau dintr-o perioadă mult mai îndepărtată. Este important să-i vină în minte (cea conștientă) pe loc.
9. Aceasta se realizează spunîndu-i clientului să-și amintească ceva cu plăcere și sugerîndu-i ca, la un moment dat, ulterior, să se întrebe de ce i-a venit în minte povestea respectivă.
10. Ansamblul „da” este constituit prin crearea unui ansamblu de experiențe în care clientul se poate recunoaște și cu care poate rezona, avînd drept efect sentimente de siguranță și voința de a acționa. Ansamblul „da” este necesar pentru a depăși rezistențele care au drept scop (inconștient) protejarea sinelui de alții (Erickson, Rossi și Rossi, 1976).
11. De exemplu, în loc de o strîngere de mînă rapidă și fermă, cînd terapeutul nu se grăbește și aplică o presiune ușoară înspre înainte, pe partea de dedesubt a încheieturii,

urmată de o mică presiune în jos, pe partea de deasupra a încheieturii, survine inducția prin strîngerea de mînă. Cînd aceasta este urmată de alte „surprize”, cum ar fi faptul că terapeutul se așază în scaunul destinat clientului sau începe printr-o poveste neașteptată, confuzia mai accentuată duce la aprofundarea transei.

12. Absența încrederii se deosebește de neîncredere. Prima arată că acel client are necesitățile minime de afiliere satisfăcute, fără condiții; a doua arată că acel client a învățat că a fi afiliat nu prezintă siguranță. Oamenii care manifestă absența încrederii vorbesc adesea despre sentimente de abandon.
13. Îndoiala cu privire la sine se manifestă uneori prin comportamente care sugerează siguranța de sine. Totuși, acei indivizi care, în fapt, trăiesc sub semnul îndoielii de sine și care afișează o atitudine care denotă că au întotdeauna dreptate și nu fac greșeli sînt în general persoane care nu sînt suficient de sigure pe sine pentru a permite să fie analizate de ele însele sau de alte persoane.
14. Rușinea se deosebește de modestie. Prima se întemeiază pe sentimentul valorii reduse, iar a doua, pe sentimentul de respect față de sine. Oamenii care au remanențe negative asociate cu această etapă existențială spun adesea că se simt respinși.
15. Vinovăția se deosebește de asumarea responsabilității. Prima se întemeiază pe sentimentul descoperirii unei vinovății pentru comiterea unei fapte reprobabile, cealaltă este dorința de a recunoaște vulnerabilitatea umană și libertatea de a alege. Unii își proiectează responsabilitatea pentru situația lor existențială asupra altora, cu ostilitate

extremă. Ostilitatea este un indiciu al doliului complicat asociat cu această etapă existențială sau cu una anterioară.

16. Sentimentul de inferioritate se diferențiază de umilință. Acesta se prezintă uneori prin intermediul unor comportamente care par să demonstreze opusul, adică importanța sinelui. Umilința este recunoașterea benefică a valorii personale în contextul mai amplu al vieții.

17. Deși numeroși adulți vîrstnici par să aibă sisteme de sprijin adecvate, mulți alții se simt singuri și izolați în cadrul acestora. Au senzația de gol, adesea, de inutilitate, în relațiile lor. Totuși, pot continua aceste relații din teama de a fi cu adevărat singuri.

18. Două exemple de caz interesante sînt prezentate în H. Erickson, 1990b.

Capitolul 21

Abordări ericksoniene ale tulburărilor disociative

Maggie Phillips

Antologiile de scrieri ale lui Erickson și alte publicații oferă numeroase relatări ale studiilor sale privind fenomenele disociative. Cu toate acestea, rareori a scris despre ceea ce numea disociere „neobișnuită” (Erickson, cca 1940/1980), care are un rol în afecțiuni precum tulburarea de stres posttraumatic, amnezia psihogenă, depersonalizare, derealizare și tulburarea de personalitate multiplă, numită acum tulburare de identitate disociativă.

Totuși, cu mult timp înainte să devină un subiect popular de discuție, Erickson era foarte interesat de personalitățile multiple ca șansă de a studia modificările conștiinței, pe lîngă dezvoltarea și organizarea structurii și funcționării personalității. A scris cîteva articole (Erickson, cca 1940; Erickson și Kubie, 1939/1980; Erickson și Rapaport, cca 1940), explorînd fenomenul pe care l-a numit „personalitate dublă”. În aceste cazuri, a identificat personalitățile secundare, alter-

native, ieșite la suprafață în mod spontan, pe parcursul explorărilor hipnotice ale diverselor simptome nevrotice ale pacienților care fuseseră îndrumați la el pentru a fi consultați.

Unul dintre cazurile mai excentrice ale lui Erickson a fost cel al „Domnișoarei Damon” (Erickson și Kubie, 1939/1980), studentă la psihologie, în vîrstă de 20 de ani, care s-a oferit voluntară pentru o serie de experimente de hipnoză și care suferea de fobii obsesive legate de ușile neîncuiate și manifesta o ură inexplicabilă față de pisici. Pe parcursul unor ședințe îndelungate de scris automat, a dezvăluit fără să-și dea seama, prin intermediul răspunsurilor în scris la întrebările lui Erickson, că o altă personalitate, „Jane Brown”, era prezentă și cunoștea sursa temerilor domnișoarei Damon. Erickson a folosit o oglindă pentru a-i stimula halucinațiile vizuale; cu ajutorul acesteia și al altor metode, „Brownie” a contribuit la redobîndirea unor amintiri din copilărie legate de o întîlnire traumatizantă cu bunicul ei, în jurul vîrstei de trei ani. Ea a determinat-o pe domnișoara Damon să conștientizeze amintirile și a ajutat-o să proceseze emoțional materialul traumatizant, fapt care a avut ca efect rezolvarea permanentă a fobiilor.

Opinia lui Erickson cu privire la tulburările disociative și multiplicitate

Modul în care Erickson diagnostica și înțelegea multiplicitatea diferă de concepțiile cercetătorilor actuali sub

cîteva aspecte (Richeport, 1994, pp. 416-417):

1. Nu considera că abuzul constituie o etiologie majoră; de fapt, nu a discutat niciodată despre abuz.
2. Credea că în majoritatea cazurilor de personalitate multiplă există doar două sau trei personalități principale, alături de alte fragmente de personalitate desprinse din acestea.
3. Nu era de acord cu conceptul „observatorului ascuns” al lui Hilgard și cu alte explicații ale subpersonalităților, propunînd în schimb principiul conștientizărilor multiple ale inconștientului, care se manifestă foarte asemănător cu modul în care transa hipnotică are diverse forme de expresie la o anumită persoană.
4. Datele sale clinice au respins convingerea răspîndită vizînd o dinamică isterică subiacentă, sugerînd în schimb un fundament psihodinamic mai amplu, inclusiv o structură obsesiv-compulsivă.
5. Nu implica membrii familiei în tratament, nici nu îi informa cu privire la diagnosticul pacientului, crezînd că sistemul familial se va adapta la schimbările survenite în cazul acestuia pe parcursul terapiei.
6. Nu era de acord cu faptul că hipnoza crea multiplicitate iatrogenă deoarece nu credea că hipnoza poate genera o personalitate de durată.

Deși Erickson nu a definit tulburările disociative ca atare, a recunoscut că personalitatea umană nu era „o simplă organizare limitată, unitară” și că structura sa ar reflecta complexitatea fundamentului experiențial al unei persoane (Erickson, cca 1940/1980, p. 262). Din această perspectivă, Erickson considera existența subpersonalităților separate drept o trăsătură comună a personalității. Această conceptua-

lizare este destul de compatibilă cu cele ale predecesorilor săi (Janet, 1887; Prince, 1906/1969) și cu cele ale contemporanilor săi (Alexander, 1930), precum și cu teoriile actuale ale funcționării personalității disociative (Spiegel, 1993), mai ales cu modelul continuumului disociativ și al funcționării stărilor eului (Phillips și Frederick, 1995; Watkins și Watkins, 1997).

Experții în domeniul disocierii sînt de acord că rezolvarea disocierii contribuie la facilitarea funcționării mai integrative (Kluft, 1993; Putnam, 1989; Ross, 1989; Van der Kolk, van der Hart și Marmar, 1996; Watkins, 1992). Fiind un vizionar, obiectivul lui Erickson a fost să nu fuzioneze sau să amalgameze subpersonalitățile, ba nici măcar să nu reducă inițial disocierea, ci să utilizeze în schimb personalitățile secundare drept sprijin în procesul terapeutic (Richeport, 1994). În majoritatea cazurilor, a lăsat intactă amnezia pînă cînd personalitatea principală a putut beneficia de informațiile, competențele și atitudinile personalităților alternative. Apoi ajuta la eliminarea barierelor disociative, pentru a permite personalităților și fragmentelor separate să se confrunte reciproc.

În practică, metodologia lui Erickson o evocă pe cea întreprinsă de John și Helen Watkins (Watkins și Watkins, 1979, 1991, 1997), care au elaborat terapia stărilor eului, un model hipnotic ce urmărea să identifice, să activeze și să lucreze terapeutic cu aspectele sinelui care sînt diferențiate prin specificul delimitărilor disociative care le separă. La persoanele normale, foarte funcționale, delimitările disociative sînt minime și foarte flexibile, permițînd funcționarea fluidă, integrativă. La cele cu personalități mai fragmentate, descompuse, gradul de disociere este mai mare, iar în

tulburarea de personalitate multiplă (tulburarea de identitate disociativă) stările eului sînt complet separate de personalitatea primară. Dar, indiferent de gradul de disociere care separă stările eului, obiectivul terapiei este același: să rezolve conflictele interne care sînt în mare parte inconștiente, pentru a facilita funcționarea mai cooperantă și mai integrativă a personalității (Watkins și Watkins, 1997).

Asemenea lui John și Helen Watkins, Erickson (cca 1940/1980; Erickson și Kubie, 1939/1980) credea că este important să contacteze subpersonalitățile, după ce erau identificate, să comunice cu ele și să le accepte, să formeze o colaborare sau o alianță pentru a le învăța cum să ajute personalitatea principală să-și rezolve problemele. În cazul lui Ellen (Erickson, cca 1940/1980), o femeie de 24 de ani, căsătorită, care era secretara lui, Erickson a intrat în legătură cu Mary, subpersonalitatea, a învățat-o să vorbească și a motivat-o s-o ajute pe Ellen să-și amintească o serie de amintiri traumatice disociate. Această activitate a contribuit la rezolvarea problemelor sexuale ale lui Mary cu soțul ei și a altor dificultăți comportamentale asociate cu fragmentarea internă.

În celălalt caz de personalitate multiplă publicat de Erickson (Erickson și Kubie, 1939/1980), el a recunoscut funcția protectoare a lui Jane Brown, alter ego-ul domnișoarei Damon, și le-a ajutat pe cele două să-și amintească incidentul traumatizant ce părea să stea la baza simptomelor ei fobice. În aceste două cazuri, a reușit să-și ajute pacientele să elimine delimitările amnezice, astfel încît ele să poată împărți aceeași conștiință și să treacă de la funcționarea bazată pe

personalități alternative la funcționarea bazată pe personalități coexistente, cooperante.

Într-un caz nepublicat, cel al lui Vicky (Haley și Richeport, 1991), Erickson a reușit să realizeze fuzionarea conștiințelor, dar nu și funcționarea integrativă. Din cauză că una dintre personalitățile secundare era heterosexuală, iar personalitatea principală era homosexuală și nici una nu era dispusă să renunțe la controlul sinelui, Erickson a sugerat ca fiecare să fie responsabilă de funcționarea personalității pe rînd, cîte o săptămînă.

Deși Erickson nu și-a prezentat detaliat abordarea altor cazuri de funcționare disociativă „neobișnuită” care nu corespundeau criteriilor tulburării de personalitate multiplă, probabil că își aplica principiile generale ale terapiei. Aceste metode implicau acceptarea simptomelor disociative și amnezice ca în cazul oricărui alt tip de simptome, utilizarea lor drept resurse ale terapiei și direcționarea obiectivului lor spre domenii de funcționare mai acceptabile.

Discipolii lui Erickson și abordările lor

O serie de terapeuți care au studiat activitatea lui Erickson și au participat la seminarele sale pedagogice au aplicat abordările ericksoniene în activitatea lor cu clienți cu tulburare de personalitate multiplă și cu tulburare disociativă. Jay Haley, de exemplu, a respectat principiile ericksoniene cînd a supervizat alți terapeuți și în propria sa activitate cu

cîțiva clienți diagnosticați cu tulburare de personalitate multiplă, în anii ’80 (Grove și Haley, 1993; Richeport, 1994). Într-un caz descris, Haley a lucrat cu supervizorul unui terapeut căruia îi era greu să creadă că multiplicitatea clientului său era autentică și care insista asupra fuzionării subpersonalităților care apăreau. Cu ajutorul lui Haley, supervizorul a reușit să-l convingă pe terapeut să accepte o personalitate secundară, să-i folosească abilitățile și caracteristicile drept resurse importante, să negocieze comunicarea și acordurile de colaborare dintre personalități, să elimine episoadele amnezice și să faciliteze funcționarea pe baza aceleiași conștiințe (Richeport, 1994).

John Beahrs (1982a, 1982b), alt discipol al lui Erickson, a lucrat mai mult cu clienți cu tulburare disociativă și tulburare de personalitate multiplă în ultimii ani, specializîndu-se în lucrul cu veterani de război. El include utilizarea unei perspective ericksoniene de concepere a comportamentului deviant al celor mai dificili clienți ai săi, sub forma unui tip de hipnoză spontană. De exemplu, în cazul unei femei cu psihoză severă care era tratată cu doze mari de medicație antipsihotică, Beahrs a discutat cu ea așa cum ar fi făcut-o cu orice alt pacient care ar fi intrat într-o stare modificată, ca abordare în cadrul unei ședințe hipnotice planificate. Într-o singură ședință, ea i-a acceptat sugestiile referitoare la faptul că aptitudinile ei hipnotice erau abilități pe care le-ar putea folosi cu beneficii mai mari, controlîndu-le conștient, iar apoi nu a mai manifestat simptome hipnotice.

Beahrs (1982a) a descris folosirea unei abordări asemănătoare în cazul altor clienți care manifestau tulburări de identitate, inclusiv al celor cu tulburare de personalitate

multiplă. În fiecare caz, validarea aspectelor pozitive ale simptomelor lor și faptul că i-a instruit să le folosească mai funcțional au condus la îmbunătățiri semnificative. A scris mult despre hipnoză ca multiplicitate (Beahrs, 1982b), concepțiile sale bazîndu-se pe activitatea lui Hilgard (1977) cu „observatorul ascuns” și pe studiile soților Watkins cu privire la stările eului (Watkins și Watkins, 1979, 1997) sau la „alter-personalitățile latente” (Beahrs, 1982b, p. 35). Activitatea lui Beahrs se bazează pe aceste concepții, precum și pe cele ale lui Erickson, pentru a sugera că aspectele disociate ale sinelui în stare hipnotică funcționează foarte asemănător cu personalitățile secundare prezente în tulburările disociative severe. Din acest motiv, aptitudinile lor disociative pot fi utilizate, la fel și abilitățile lor hipnotice.

O a treia discipolă a lui Erickson, Michele Richeport (1994), a scris un capitol interesant care explora metodologia lui drept o abordare interculturală a personalității multiple. Ea arată că interesul lui Erickson față de medii i-ar fi putut influența capacitatea de a diagnostica și de a trata clienții cu acest tip de tulburare disociativă, ceea ce este ilustrat prin faptul că abilitățile sale deosebite de observare și înțelegerea inegalabilă a hipnozei și a stărilor spiritului i-au permis să distingă schimbări la nivelul funcționării personalității și al stărilor modificate de conștiință. El detecta în contexte firești „răspunsuri, reacții și tipare de comportament conflictuale”, ceea ce-l ajuta să sesizeze cu mare acuratețe expresiile comportamentale neobișnuite și modificările acestora (Richeport, 1994, p. 418).

Richeport observă cîteva asemănări între terapia lui Erickson în cazurile de personalitate multiplă și practica

spiritismului. În cadrul ambelor perspective, persoanele sînt încurajate să identifice și să dezvolte comportamente neobișnuite, cum ar fi halucinațiile, viziunile și stările hipnotice spontane. Ele sînt încurajate să identifice și să-și exprime „alte euri” prin scrierea automată. Personalitățile secundare sînt contactate și încurajate să colaboreze cu terapeutul pentru a ajuta personalitatea principală să-și rezolve dificultățile, din același motiv pentru care sînt folosiți ghizii și entitățile spirituale.

Concepțiile lui Erickson despre multiplicitate și disociere au fost dezvoltate în prezent în modelul relațiilor cu sinele al lui Steve Gilligan (1997). Premisa lui Gilligan este că persoanele se disociază de fundamentul ființelor lor cînd acesta este agresat sau neglijat. Își dezvoltă o identitate-paravan pentru a se proteja de durerea copleșitoare cauzată de aceste răni adînci și, în unele cazuri, devine singura, întreaga lor identitate. Conform opiniei lui, negarea fundamentului ființei provoacă suferință, care, la rîndul ei, presupune utilizarea altor mecanisme de apărare și aprofundează disocierea de centrul autentic. Acest tip de asociere are ca efect o separare a sinelui cognitiv de sinele somatic. Soluția propusă de Gilligan este să ajute persoana să reacționeze la simptomele disociative alienante, considerîndu-le o „chemare” de revenire la fundamentul inițial, prin dezvoltarea unui sine integrat, relațional. Acest sine integrat conectează „capacitatea de susținere a sinelui cognitiv prin intermediul «energiilor primitive» dătătoare de viață ale sinelui somatic” (Gilligan, 1997, p. 27). Modelul relațiilor cu sinele al lui Gilligan respectă convingerea lui Erickson conform căreia „celelalte euri” create prin disociere trebuie

folosite ca resurse în vederea atingerii obiectivului terapiei, care, în acest caz, este rezolvarea simptomelor prin relația cu aceste euri deconectate, pentru a crea un sine mai puțin fragmentat, mai autentic.

Alți adepți ai lui Erickson au contribuit la o abordare centrată pe soluții a problemelor cauzate de disocierea disruptivă. Yvonne Dolan (1991, 1994) a întreprins o analiză amplă a tratamentului dificultăților disociative asociate cu tulburarea de stres posttraumatic cauzată de abuzul sexual în copilărie. Dolan (1994) susține cu tărie abordarea lui Erickson bazată pe descoperire, contact și colaborare, amintindu-le cititorilor că evocarea amintirilor traumatizante fără evocarea simultană a resurselor necesare pentru a-i oferi clientului o experiență corectivă este echivalentă cu o „violare a inconștientului" (Erickson și Rossi, 1989).

Asemenea lui Erickson, ea percepe disocierea ca pe o separare de resursele importante ale sinelui, care trebuie reparate prin crearea unor noi punți asociative. Parțial, acest lucru este realizat invitînd clientul să se gîndească mai degrabă la întrebări centrate pe identificarea soluțiilor în prezent și în viitor decît să se axeze pe conexiuni asociative cu traumele din trecut. Iată cîteva exemple: „Care ar fi primul (cel mai mic) semnal că situația se îmbunătățește, că abuzul sexual are un efect mai redus asupra existenței dumneavoastră actuale?" și „Ce veți face diferit atunci cînd abuzul sexual nu va mai fi o problemă atît de actuală în existența dumneavoastră?" (Dolan, 1994, p. 407).

Dolan sugerează că terapia centrată pe soluții și tehnicile asociate acesteia îi ajută pe clienții traumatizați să controleze mai bine simptomele, aducîndu-le totodată ameliorare și

stabilizare. În plus, emite ipoteza conform căreia metodele care se axează pe resursele prezente și pe scopurile viitoare vor contribui la o stabilizare satisfăcătoare a clienților, astfel încît aceștia să poată efectua sarcini evolutive, îi vor ajuta să-și creeze resursele interne necesare pentru supraviețuirea psihologică, după recuperarea și procesarea evenimentelor traumatizante, și vor accelera integrarea și rezolvarea traumelor. Tehnicile ei (Dolan, 1991) bazate pe abordările orientate spre soluții elaborate de alți ericksonieni (De Shazer, 1985, 1988; O'Hanlon și Weiner-Davis, 1989) includ utilizarea semnalelor asociaționale pentru a promova confortul și siguranța, a ritualurilor și a directivelor terapeutice vizînd restricționarea, îngrijirea și exprimarea sinelui, precum și a punților experiențiale care contribuie la vindecarea fisurilor disociative.

Deși Dolan are în vedere mai degrabă tulburarea de stres posttraumatic decît tulburările disociative, există un acord general cu privire la faptul că reacțiile disociative care contribuie la instalarea tulburării de personalitate multiplă contribuie și la apariția tulburării de stres posttraumatic, deși tind să aibă ca efecte o fragmentare interioară și o divizare a personalității de o amploare mai redusă (Phillips și Frederick, 1995; Spiegel, 1993; Watkins și Watkins, 1997). Alți ericksonieni au contribuit la studiile de specialitate pe tema aplicării principiilor ericksoniene la dificultățile de ordin post-traumatic și disociativ. Printre acestea se numără diverse utilizări pozitive ale simptomelor posttraumatice/disociative (Phillips, 1993, 1995b; Phillips și Frederick, 1995) și ale transferurilor asociate cu trauma (Phillips, 1997b); folosirea mesajelor pluristratificate, a sarcinilor de lucru pentru acasă

și a metaforelor terapeutice pentru a motiva clienții să facă față simptomelor și diverselor aspecte ale traumei (Alon, 1985); folosirea ritualului terapeutic pentru a rezolva experiențe traumatice și pentru a facilita o nouă identitate (Gilligan, 1993); utilizarea metaforelor pluristratificate pentru a modifica afectul, atitudinea, comportamentul, imaginea sinelui și identitatea (Lankton și Lankton, 1989) și aplicarea sugestiei indirecte și a metaforei pentru a consolida punctele forte și integrarea traumei violului și pentru a-i reda sentimentul controlului (Brown, 1985).

O abordare ericksoniană integrativă a tulburărilor disociative

Recent, bazîndu-mă pe pregătirea mea de orientare ericksoniană, precum și pe experiența anterioară în domeniul hipnozei formale, am elaborat un model de tratament al tulburărilor clinice de spectru disociativ, incluzînd tulburarea de stres posttraumatic, tulburarea de personalitate multiplă/tulburarea de identitate disociativă și tulburările disociative. Acest model cu patru etape, descris de coautorul meu și de mine (Phillips și Frederick, 1995), este numit modelul SARI. Acesta este acronimul următoarelor sarcini ale terapiei: (1) *S*iguranță și *S*tabilizare; (2) *A*ccesare și *A*ctivare; (3) *R*ezolvare și *R*enegociere; (4) *I*ntegrare și o nouă *I*dentitate. Modelul SARI evocă îndeaproape secvența fundamentală a recuperării după traumă identificată de numeroși experți în

domeniul traumei/disocierii, deși sînt folosiți termeni puțin diferiți (Courtois, 1991; Herman, 1992; Kluft, 1993).

Pe parcursul primei etape de lucru, activitatea terapeutică se axează pe folosirea hipnozei directe și indirecte, în vederea stăpînirii și consolidării eului. Strategiile variază de la tehnicile indirecte, cum ar fi metafora, implantarea, calibrarea și utilizarea simptomelor posttraumatice, la tehnici hipnotice formale, precum semnalele ideomotorii/ideosenzoriale, progresia și regresia vîrstei.

După ce clientul a atins un grad rezonabil de siguranță și de stabilitate în situația terapeutică, precum și în funcționarea cotidiană, sarcina următoare este *a*ccesarea originilor tulburărilor disociative, *a*ctivînd totodată resursele interne, pentru a oferi experiențe corective. Sînt folosite experiențele indirecte, cum ar fi „rememorarea în siguranță” (Dolan, 1991), precum și tehnici mai formale, cum ar fi terapia directă și indirectă a stării eului. Perspectiva stării eului este deosebit de importantă în cazurile în care există o fragmentare internă amplă care provoacă probleme vizînd identitatea sinelui. În timpul acestei etape sînt identificate și activate „alte euri” sau subpersonalități. Terapeutul formează alianțe cu aceste stări ale eului, despre care se presupune întotdeauna că sînt resurse utile (Erickson, cca 1940/1980; Watkins și Watkins, 1979).

Etapa *R*, care este adesea întrețesută cu sarcinile etapelor anterioare, implică *r*easocierea experiențelor disociate și a părților sinelui cu conștiința principală a clientului. În cadrul acestui proces, clientul se conectează cu sub-euri fracturate, iar personalitățile secundare sînt la rîndul lor reconectate reciproc. Sînt *r*ezolvate conflictele dintre stările eului, care

generează simptome asociate traumei și contribuie la disocierea continuă, iar aspectele evenimentelor traumatice anterioare sînt *r*enegociate.

În ultima etapă, clientul este rugat să *i*ntegreze experiențele terapiei, precum și să reușească să realizeze o funcționare mai integrată a personalității. În acest interval, necesitatea disocierii este redusă, se atinge un nivel mai ridicat de unificare a conștiinței și coexistența mai cooperativă a stărilor conflictuale ale eului și ale personalităților alternative. În acest timp, clientul este ajutat să-și extindă *i*dentitatea și să integreze mai bine orientarea pozitivă viitoare.

SARI este un model integrativ deoarece, deși se bazează pe principiile și conceptele ericksoniene, integrează aspecte influente ale altor tradiții terapeutice, cum ar fi hipnoanaliza, pentru a oferi un tratament comprehensiv, care poate promova o funcționare mai amplă, mai integrativă a sinelui.

Exemplu de caz clinic

Jennifer, cum a fost numită în alte relatări (Phillips și Frederick, 1995; Phillips, 1997b), o femeie în vîrstă de 45 de ani, mi-a fost transferată de către terapeutul ei anterior deoarece atît el, cît și Jennifer simțeau că au ajuns la un impas în terapia ei. Jennifer fusese diagnosticată cu tulburare de identitate disociată/tulburare de personalitate multiplă, diagnostic confirmat de prezentarea ei clinică actuală și de

istoricul ei. Fiind pensionată pe caz de boală, incapabilă să lucreze din cauza simptomelor ei numeroase, era interesată de folosirea hipnozei pentru a-și explora aspecte interne ale sinelui și pentru a rezolva experiențe de abuz fizic și emoțional care începuseră foarte devreme în copilărie. Jennifer credea că aceste experiențe ale abuzurilor contribuiseră la sentimentul ei de fragmentare internă, la amnezia ei de lungi perioade din trecut și la tendința ei actuală de a „pierde timpul”.

Deși Jennifer abia aștepta să înceapă să folosească hipnoza pentru a-și explora flashbackurile și „amintirile corporale” intruzive care contribuiau în mod evident la dificultățile ei funcționale actuale, prezenta un risc mare de destabilizare. A afirmat că are frecvent gînduri suicidare și sentimente depresive, chiar dacă ia medicație, că se automutilează de cîteva ori pe săptămînă și că se supune unor cicluri de mîncat compulsiv și de vomat zilnic.

I-am explicat lui Jennifer modelul SARI și am precizat clar că prioritatea noastră era s-o ajutăm să capete sentimentul controlului asupra simptomelor pe parcursul ședințelor de terapie, precum și în viața de zi cu zi. Mi-am exprimat îngrijorarea cu privire la faptul că utilizarea hipnozei formale în acel moment i-ar putea înrăutăți situația, mai ales fiindcă ea și terapeutul care o trimisese la mine îmi spuseseră că explorările anterioare ale celorlalte personalități păreau să genereze confuzie și să amplifice comportamentele autodistructive.

În timp ce discutam planul nostru, i-am spus:

— Jennifer, ești o femeie foarte inteligentă. Te-aș insulta dacă ți-aș spune că ar urma să repet tehnicile folosite de

terapeutul tău anterior, cele care nu au dat rezultat atunci și probabil nu ar avea alt efect acum decît să-ți mai provoace o traumă.

Jennifer a răspuns:

— Ei bine, dacă spuneți asta, desigur că nu putem proceda astfel. Dar ce *putem* face? Simt că pierd controlul.

I-am dat imediat asigurări că orice am face ar avea drept scop să o ajute să-și recapete controlul, că l-ar putea redobîndi în mod subtil și treptat sau brusc, dar că va fi sigură că dobîndește controlul, deoarece simptomele ei ne-ar indica acest lucru, diminuîndu-se. Afirmațiile mele atent formulate și pline de certitudine au avut un impact considerabil pe fondul incertitudinii ei cronice, iar eu i-am atras atît atenția, cît și cooperarea.

I-am spus că vom încerca un nou tip de hipnoză, pentru a lucra întîi cu segmentele interioare ale personalității ei, abordînd acest contact într-un mod mai științific, cu șanse mai mici de risc. Cînd a fost de acord, am început să „ghidez” „celelalte euri” generice care ar putea să aibă legătură cu gîndurile suicidare și cu automutilarea prin tăieturi. Le-am spus cît de importante consider că sînt, că numai ele o puteau ajuta pe Jennifer să-și depășească impasul și că aveam nevoie de sprijinul lor. Le-am explicat în continuare că puteau demonstra că dețin o putere considerabilă diminuîndu-i simptomele și că mi-am dat seama că, fără implicarea lor, nu vom reuși să realizăm acest lucru. Am stabilit semnale ideosenzoriale (Phillips, 1995a), sugerînd că alter ego-urile conectate cu aceste simptome și-ar putea demonstra controlul, intensificînd sau diminuînd senzația de durere intensă de la nivelul coapselor, acuzată de Jennifer ca răspuns la întrebările

pe care le adresam. Spre surprinderea ei, Jennifer a afirmat că diminuarea dorită a disconfortului înseamnă „da”. Am continuat în această manieră pînă cînd am stabilit o conexiune pozitivă cu cîteva stări interioare și am negociat acorduri vizînd controlarea gîndurilor suicidare și a automutilării prin tăieturi. Termenii contractului erau stabiliți astfel încît să aibă de cîștigat atît personalitățile secundare necunoscute, cît și personalitatea principală.

Pe parcursul a patru ședințe, comportamentele de automutilare prin tăieturi dispăruseră, iar alte comportamente autodistructive se diminuaseră. Am continuat să lucrăm la diverse aspecte vizînd îngrijirea sinelui și sănătatea, pe parcursul altor cîteva ședințe, pînă cînd starea i s-a stabilizat mai mult. În acel moment, Jennifer a comentat că e curioasă în legătură cu ceea ce am mai putea realiza avînd acces direct la componentele care ne ajutaseră pînă acum. Cînd am început lucrul în etapa a doua, Jennifer era mai stabilă și se simțea mai confortabil comparativ cu purtarea ei anterioară, marcată de anxietate și disperare.

Am început apoi să efectuăm o evaluare informală a reacțiilor ei hipnotice. Jennifer mi-a spus că nu se simțise niciodată confortabil în corpul ei pe parcursul ședințelor anterioare de hipnoză. Am asigurat-o că o vom ajuta să afle cum să-și relaxeze corpul automat, fără să învețe ceva nou. Deși ideea a nedumerit-o, cînd am început relaxarea progresivă, s-a plîns că nu-și putea simți corpul relaxîndu-se deoarece ori de cîte ori încerca plutea în afara corpului. Am felicitat-o pentru că a avut un răspuns hipnotic excelent și i-am sugerat să se bucure de acel sentiment de „a pluti departe” pentru un timp, iar apoi să afle dacă se putea reîntoarce în

corp timp de cîteva minute, pentru a savura contrastul. După o pauză, mi-a spus că i se pare că a intra și a ieși din corp e interesant, iar apoi că e tot mai ușor. I-am sugerat să continue să exerseze stabilirea conexiunii dintre starea disociată și reconectarea cu trupul ei.

După cîteva ședințe, reacțiile disociative nu îi mai distrăgeau atenția și putea alege să se conecteze pe parcursul unor intervale mai mari de timp cu diverse senzații corporale, utilizîndu-le pentru a identifica unele părți ale sistemului ei interior care păreau asociate cu aceste manifestări somatice. Am început apoi o perioadă de terapie formală a stării eului, activînd cîteva subpersonalități care puteau comunica fie verbal, fie prin semnale ideomotorii sau ideosenzoriale. Împreună, am lucrat cu aproximativ șase personalități alternative copii, cu vîrsta cuprinsă între 4 și 17 ani, precum și cu patru-cinci personalități alternative adulte, dintre care două ne sprijineau, iar cîteva personalități secundare erau aparent asociate cu comportamente autodistructive. Prin intermediul revelațiilor acestor stări ale eului au fost accesate numeroase evenimente traumatice, iar personalitățile secundare mai mature au fost încurajate să ofere experiențe stimulatoare, corective. De exemplu, două subpersonalități adolescente își doreau mult să pară mai atractive, pierzînd în greutate și acordînd mai multă atenție îngrijirilor personale. Deși aceasta nu era o necesitate a celorlalte stări ale eului, o stare adultă a fost de acord să petreacă timp în fiecare dimineață supraveghind „adolescentele” în timp ce citeau reviste pentru femei pentru a găsi idei despre o nouă tunsoare, în timp ce își periau părul și foloseau o bicicletă medicinală. Au fost instituite relații mai cooperante între toate

personalitățile alternative, pe măsură ce acestea contribuiau cu succes la autoîngrijire, adoptau comportamente alimentare mai benefice și susțineau relațiile interpersonale mai benefice. Cînd o prietenă i-a oferit lui Jennifer un bilet de avion gratuit către Spania, a fost nerăbdătoare să testeze progresele făcute.

Cînd Jennifer s-a întors, mi-a împărtășit multe experiențe pozitive. Pentru prima dată în viață, a spus ea, s-a simțit ca o „persoană normală", interacționînd bine cu ceilalți și simțind în mică măsură anxietate și depresie. Părea că reușise să susțină schimbările anterioare pe care le făcuserăm și că ne aflam în etapa de „rezoluție" a terapiei. În cîteva săptămîni însă, a început să funcționeze mai defectuos. A afirmat că i-au revenit gîndurile despre autopedepsire și vocile interioare, precum și gîndurile suicidare și dorința de a-și face rău. Ședințele formale de hipnoză care fuseseră cîndva utile păreau să declanșeze fragmentări mai adînci. Subpersonalitățile, anterior cooperante și expresive, afirmau acum că sînt panicate și epuizate.

Pe parcursul ședințelor noastre, Jennifer a devenit mai tăcută și mai pasivă. Cînd am comentat cu privire la această schimbare, Jennifer mi-a răspuns că nu prea credea că are rost să vorbim, că trebuia să o hipnotizez, să vorbesc cu personalitățile din interiorul ei și să le spun ce să facă. Identificînd această reacție drept una agresivă, deși nu înțelegeam complet ce o declanșase, am decis să folosesc experiențele ei benefice recente din Spania drept model pentru un nou tip de parteneriat. I-am spus că eu cred că trebuie să evaluăm ceea ce realizaserăm, ținînd cont de dificultățile ei recente și că pe parcursul acestei reevaluări nu urma să

folosim hipnoza, terapia stărilor eului sau vreo altă tehnică pînă cînd nu înțelegeam bine unde ne situam și încotro ne îndreptam împreună.

Deși Jennifer era alarmată, i-am spus că simțeam că activitatea noastră nu ținea cont de experiențele pe care le avusese în Spania. În schimb, o tratam ca pe o persoană deprimată, a cărei patologie necesita „vindecare", nu ca pe o femeie liberă care avusese o vacanță fabuloasă. Am precizat clar că nu simțeam că sîntem parteneri egali și că trebuia să creăm un mediu în care să putem fi parteneri pe picior de egalitate, aprobînd modurile în care ea se simțise egală cu oamenii cu care interacționase în Spania și cu diversele aventuri pe care le avusese. Pe parcursul următoarelor săptămîni, Jennifer a făcut cîteva schimbări. A început să vină pregătită, avînd o listă de obiective pentru fiecare ședință. Își amintea visele și le povestea, lucru pe care nu-l mai făcuse anterior în terapie, deoarece visele ei de pînă atunci fuseseră coșmaruri foarte fragmentate, cu slabă continuitate.

Ulterior, am inițiat activități interne directe într-o foarte mică măsură. În schimb, ne-am concentrat pe sarcini care păreau mai integrative, cum ar fi discutarea planurilor săptămînale centrate pe soluții pentru ea, bazate pe sarcini de lucru terapeutice pentru acasă. Pe măsură ce funcționarea i se îmbunătățea și se restabiliza, au început să apară materiale despre frageda copilărie și experiențele de la începutul copilăriei, prin intermediul viselor, al conștientizărilor interioare și al notațiilor în jurnal. Am emis ipoteza că episodul ei regresiv anterior fusese asociat cu primii ei patru ani de pendulare între o bunică iubitoare, grijulie și mama ei instabilă, abuzivă în mod sadic. Perioada petrecută în Spania

părea să simbolizeze grija pe care i-o purta bunica, iar tranziția fără succes spre viața ei relativ izolată și vidă părea să reprezinte abandonul față de abuzurile și neglijența mamei.

După ce am identificat această corespondență, am reușit să procesăm informațiile asociate cu primii ani de viață ai lui Jennifer și să efectuăm multe sarcini evolutive asociate, necesare pentru a susține un nivel constant al unei bune îngrijiri a sinelui. Acestea au inclus reglementarea afectelor negative, lucrul cu permanența și constanța sinelui și a obiectului și instituirea unor delimitări interpersonale mai coerente, dar flexibile. Utilizînd relațiile ei pozitive, iubitoare cu cei trei nepoți, a învățat să transfere o mare parte din grija sănătoasă pe care o demonstrează față de ei pentru a-și îngriji părțile mai imature și primitive. Pe măsură ce începea să se simtă mai puțin copleșită de afecte negative și senzații somatice, Jennifer a reușit să participe la ședințe de chiropractică, iar acestea au ajutat-o să-și rezolve multe simptome somatice, să-și construiască o imagine corporală mai bună și să înceapă să slăbească treptat.

Cu o săptămînă înainte de încheierea redactării acestui capitol, Jennifer a plecat într-o vacanță de două luni în Mexic. A afirmat că e uimită de toate schimbările pe care le-am realizat. Simțea că activitatea terapeutică e mai solid integrată decît oricînd altcîndva și mi-a spus că avea speranța că „se va maturiza în sfîrșit”. La finalul ședinței mi-a spus că abia aștepta să se gîndească la posibilitatea de a reîncepe să lucreze, lucru pe care îl amînase pînă ce avea să se simtă suficient de puternică pentru a-și menține o orientare viitoare

permanent pozitivă, reper evolutiv pe care credea că în sfîrșit îl atinsese.

Considerații suplimentare

Deși clienții cu tulburări disociative le prezintă terapeuților unele dintre cele mai fascinante provocări, sînt totodată printre cei mai dificil de tratat. Chiar și practicienii cei mai experimentați pot fi copleșiți de multitudinea problemelor și secătuiți de complexitatea cerințelor. Abordările ericksoniene pot facilita procesul de tratament în cîteva moduri importante atît pentru client, cît și pentru terapeut, dar, după cum spunea însuși Erickson, „hipnoza nu face minuni” (Erickson, cca 1940/1980, p. 264).

Tehnicile ericksoniene nu sînt prezentate aici ca substitut pentru pregătirea solidă și supervizarea în diagnosticarea și tratamentul traumei și tulburărilor disociative disfuncționale. Totuși, cînd sînt folosite într-un cadru terapeutic ancorat în principiile care fac orice psihoterapie eficientă, inclusiv delimitările sigure, rolurile clare și planurile de tratament bine conturate și etice pot fi intervenții foarte valoroase.

Rezumat și concluzii

În acest capitol au fost prezentate cîteva principii importante. În primul rînd, Erickson nu percepea personalitatea multiplă și formele neobișnuite de disociere drept forme ale patologiei, ci mai degrabă ca pe niște fenomene unice care provoacă dificultăți din cauza amneziei și a deconectării pe care le generează. Această premisă a condus la principiul utilizării formulat de el, pe care îl consider fundamentul tratamentului pentru această populație dificilă, dar care merită osteneala.

Abordarea utilizării propusă de Erickson este o formă indirectă de hipnoză care dă rezultate bune la persoanele care pot să nu reacționeze la tehnici mai directe. Prin intermediul utilizării, terapeutul acceptă toate atitudinile, comportamentele și simptomele clientului și cooperează cu acestea, oricît de obstructive ar părea să fie în raport cu procesul terapiei. Din acest punct de vedere, caracteristicile și simptomele negative sînt interpretate drept valori, nu rezistențe care trebuie depășite. Alon (1985) a remarcat că această abordare a acceptării poate fi deosebit de utilă în cazul persoanelor traumatizate, deoarece nu necesită o schimbare inițială, care le poate amenința nevoia de control.

Cînd se aplică principiul utilizării în terapia populațiilor disociative, utilizările pozitive sînt deosebit de eficiente pentru stilul de personalitate cu care se prezintă; convingerile despre traumă, abuz, disociere și recuperare, simptomele posttraumatice și disociative, stările eului și personalitățile secundare sînt folosite ca resurse. În cazul problemelor disociative cronice mai complexe, este esențială și utilizarea

aspectelor vizînd mecanismele de apărare psihologice și transferul, care survin inevitabil drept șanse unice de a înțelege manevrele adaptative creative elaborate în încercarea de a proteja ceea ce Gilligan (1997) numește „axul central” al sinelui.

În cazul lui Jennifer, utilizarea a fost aplicată în momente esențiale de-a lungul celor patru etape ale terapiei. În etapa inițială am apelat la inteligența ei evidentă și la nevoia ei de control, pentru a întemeia și consolida alianța noastră. Au fost utilizate și unele dintre simptomele ei disociative, pentru a genera siguranță și stabilizare, prin contact indirect cu componentele interne ale sistemului personalității ei. Pe parcursul celei de-a doua etape de lucru am folosit reacțiile ei disociative față de hipnoza formală, pentru a o învăța cum să reușească să controleze procesul disociativ, pentru a realiza o conexiune mai amplă cu trupul ei și a se concentra mai bine. După aceea, am reușit să activăm aspecte fragmentate ale personalității ei și să lucrăm cu ele, pentru a rezolva conflictele care au contribuit la apariția simptomelor și care își aveau originea în experiențele cumplite de abuz din copilărie. În timpul celei de-a treia etape de lucru am traversat cu bine o regresie debilitantă, utilizînd o experiență de vacanță care a stimulat evoluția și reacții negative de transfer pentru a crea un parteneriat mai matur, reciproc. Acum, cînd ne pregătim să intrăm în a patra etapă de tratament, continuăm să profităm de diversele provocări din viața ei de zi cu zi pentru a identifica sarcinile evolutive care trebuie îndeplinite și pentru a-i consolida noua identitate de adult mai coerent, competent, care poate aștepta în sfîrșit un viitor satisfăcător.

Al doilea principiu constă în utilizarea metodelor care, încă de la începutul terapiei, evidențiază cît de important este să-i ajutăm pe clienți să devină mai puternici și să capete un sentiment pozitiv al controlului care să stimuleze schimbările în direcțiile dorite (Beahrs, 1982b). Am descoperit că centrarea mai degrabă pe punctele forte decît pe patologie și mai mult pe soluții decît pe cauzalitate este inerentă realizării unui progres consecvent în terapie.

În al treilea rînd, este foarte important să abordăm aspectele fragmentării interne și ale identității sinelui atît în mod direct, cît și indirect. După cum a remarcat Beahrs, „Prima dilemă impusă de tulburarea disociativă clinicianului ar fi dacă este folositor și important pentru el să perceapă personalitățile alternative și stările eului echivalente lor, la un anumit pacient, ca avînd un sentiment unic al identității, propriu fiecăreia” (1982b, p. 111). În cele din urmă, deoarece fiecare client este un întreg alcătuit din multe laturi, dilema dacă intervențiile trebuie să vizeze întreaga personalitate sau componentele sistemului intern al clientului poate fi rezolvată doar prin evaluarea abordării care va fi cea mai benefică pentru client și care va prezenta cele mai multe șanse de a facilita coeziunea la un moment dat.

Atunci cînd se iau decizii despre abordarea personalităților secundare *versus* abordarea personalității ca întreg trebuie să se țină cont și de gradul de permeabilitate al delimitărilor care separă stările personalității între ele și pe fiecare de personalitatea principală. Erickson percepea că, „indiferent cît de rigide sînt delimitările, ele nu sînt absolute [...] și se vor modifica uneori” (Beahrs, 1982b, p. 86). Această afirmație este în acord cu observația soților Watkins (1979) că distincția

majoră dintre problemele comune asociate cu stările eului și tulburările disociative mai grave are legătură cu schimbul deficitar de informații dintre personalitățile alternative, acesta fiind guvernat de bariere disociative și amnezice. Prin urmare, metodele de tratament ar trebui elaborate astfel încît să maximizeze fluxul intern de informații.

Cînd am lucrat cu Jennifer și cu alți clienți ca ea, am descoperit că, atunci cînd aspectele evolutive incomplete anterioare capătă întîietate, poate surveni o afectare semnificativă a creării unei constelații coerente a sinelui. În aceste circumstanțe, abordarea directă a stărilor eului poate evoca o funcționare mai fragmentată, mai arhaică. Aceasta poate fi corectată vizînd sarcini evolutive specifice pentru întreaga personalitate sau în moduri mai indirecte, prin abordarea stărilor individuale ale eului care au nevoie de acest tip de intervenție. În alte cazuri, pentru clienții disociativi care au o frică puternică de a nu pierde controlul sau au probleme majore cu privire la încredere, asociate cu traume din trecut sau anterioare, terapia lipsită de succes poate împiedica accesul direct la stările interne ale personalității. În aceste situații, precum și în altele, poate fi adecvată folosirea tehnicilor terapeutice indirecte vizînd starea eului (Phillips și Frederick, 1995). Astfel, principiul ericksonian al indirectivității poate fi inestimabil pentru a face față problemelor complicate reprezentate de structurile disociate ale personalității.

În al patrulea rînd, cînd lucrăm cu tulburări disociative este absolut esențial ca rolurile terapeutului și ale clientului să fie clar identificate, iar delimitările terapeutice să fie atent trasate. Rezultatele unor studii recent efectuate (Phillips,

1998), vizînd persoane care s-au recuperat în mod remarcabil după abuzuri din copilărie și traume, arată că relația solidă de lucru dintre client și terapeut este corelată în mare măsură cu experiența succesului terapiei individuale. Spre deosebire de terapiile tradiționale, Erickson a susținut principiul cooperării, care sugerează că experiențele terapeutice „se derulează pornind de la o întîlnire experiențială, interpersonală, în cadrul căreia terapeutul se aliniază clientului, astfel încît ambele părți devin tot mai receptive una la cealaltă” (Gilligan, 1987, p. 11). Acest tip de aliniere pare să satisfacă criteriile pentru atitudinea terapeutică neutră necesară în abordarea aspectelor legate de amintiri traumatice (Phillips, 1997a), cînd terapeutul nu trebuie să-i facă rău clientului, fie neacordînd crezare amintirilor despre traumele și abuzurile din copilărie, fie încurajînd să li se dea crezare unor astfel de amintiri care este posibil să fi survenit sau nu. În abordarea consemnată a lui Erickson cu privire la disocierea „neobișnuită” s-a pus mereu accent mai degrabă pe reconectarea stărilor disociate ale personalității și pe susținerea lor în a depune eforturile necesare în vederea consolidării funcționării personalității decît pe autentificarea amintirilor recuperate despre experiențe. El nu se temea să adopte poziții hotărîte cu clientul sau cu personalitățile secundare ale acestuia, pentru a atinge aceste obiective funcționale importante (Richeport, 1994).

Principiile ericksoniene și tratamentul tulburărilor disociative

► Cadrul secvențial în patru etape, numit modelul SARI, a fost sugerat pentru integrarea abordării ericksoniene cu alte abordări hipnotice sau nonhipnotice, pentru a pune la dispoziția acestui segment de populație dificilă un tratament comprehensiv.

► Principiul utilizării constituie fundamentul necesar pentru a ajuta clienții cu tulburări disociative să fie capabili de o funcționare mai integrativă. Acesta include utilizarea pozitivă a stilului de personalitate unic al clientului, prezentînd valori, atitudini și convingeri, precum și simptome posttraumatice, mecanisme de apărare și reacții de transfer.

► Este esențial să se pună mai degrabă un accent sporit pe consolidare decît pe patologie și mai degrabă pe soluții decît pe cauzalitate, pentru a susține progresul terapeutic consecvent.

► În ceea ce privește problemele asociate fragmentării interne și identității sinelui, abordările indirecte pot fi utile pentru a stabili contactul inițial cu personalitățile secundare, pentru a le folosi ca resurse terapeutice importante, coordonînd colaborarea dintre stările personalității și personalitatea totală și abordînd aspectele necesare ale evoluției, mai ales cînd controlul și încrederea reprezintă preocupările prioritare.

► Accentul pus de Erickson pe cooperarea reciprocă constituie o paradigmă utilă pentru clarificarea rolurilor clientului și ale terapeutului, precum și a delimitărilor dintre client și terapeut și dintre personalitățile secundare și primare. Importanța acordată mai degrabă scopurilor funcționale decît aspectelor legate de memorie a trecut testul timpului și rămîne o contribuție terapeutică importantă.

Bibliografie

Alexander, F. (1930). The psychoanalysis of the total personality. *Nervous and Mental Disease Monograph Series*, nr. 52.

Alon, N. (1985). An Ericksonian approach to the treatment of chronic posttraumatic stress disorder patients. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. II: *Clinical applications* (pp. 307-326). New York: Brunner/Mazel.

Beahrs, J. (1971). The hypnotic psychotherapy of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 73-90.

Beahrs, J. (1982a). Understanding Erickson's approach. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 58-84). New York: Brunner/Mazel.

Beahrs, J. (1982b). *Unity and multiplicity.* New York: Brunner/Mazel.

Brown, R. (1985). The treatment of two cases of rape using Ericksonian hypnosis. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy*, vol. II: *Clinical applications* (pp. 307-326). New York: Brunner/Mazel.

Courtois, C. (1991). Theory, sequencing, and strategy in treating adult survivors. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 47-60.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: Norton.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.

Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse.* New York: Norton.

Dolan, Y. (1994). An Ericksonian perspective on the treatment of sexual abuse. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (pp. 395-414). New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M.H. (cca 1940/1980). The clinical discovery of a dual personality. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. III (pp. 261-270). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Kubie, L. (1939/1980). Permanent relief of an obsessional phobia by means of communication with an unsuspected dual personality. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson*, vol. III (pp. 231-260). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rapaport, D. (cca 1940). Findings on the nature of the personality structures in two different dual personalities by means of projective and psychometric tests. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson*, vol. III (pp. 271-286). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1989). *The February man: Evolving consciousness and identity in hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy.* New York: Norton.

Gilligan, S. (1993). Therapeutic rituals: Passages into new identities. În S. Gilligan, R. Price (eds.), *Therapeutic conversations.* New York: Norton.

Gilligan, S. (1997). *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy.* New York: Norton.

Grove, D., Haley, J. (1993). *Conversation in therapy: Popular problems and uncommon solutions.* New York: Norton.

Haley, J., Richeport, M. (eds.) (1991). *Erickson on multiple personality* (conversaţie înregistrată audio). New York: Norton.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Hilgard, E. (1977). *Divided consciousness: Multiple controls in human thought and action.* New York: Wiley.

Janet, P. (1887). L'anesthésie systématisée et la dissociation des phénomènes psychologiques. *Revue philosophique*, 23, 449-472.

Kluft, R. (1993). Clinical approaches to the integration of multiple personalities. În R.P. Kluft, C. Fine (eds.), *Clinical*

perspectives on multiple personality disorder (pp. 101-133). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Lankton, C., Lankton, S. (1989). *Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy.* New York: Brunner/Mazel.

O'Hanlon, W., Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions.* New York: Norton.

Phillips, M. (1993). Turning symptoms into allies: Utilization approaches with posttraumatic symptoms. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(3), 241-249.

Phillips, M. (1995a). Our bodies, our selves: Treating the somatic expressions of trauma with ego-state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(2), 109-121.

Phillips, M. (1995b). „The face": From post-traumatic symptom to therapeutic ally. *Hypnos*, 22(1), 6-11.

Phillips, M. (1997a). The importance of role integrity for therapists working with traumatic memory issues. Lucrare prezentată la întrunirea din toamna anului 1997 a International Society for the Study of Dissociation, San Francisco.

Phillips, M. (1997b). Spinning straw into gold: Utilization of transferential resources to strengthen the hypnotic relationship. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(2), 118-129.

Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions.* New York: Norton.

Prince, M. (1906/1969). *The dissociation of a personality.* Westport, CT: Greenwood.

Putnam, F. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder.* New York: Guilford.

Richeport, M. (1994). Erickson's approach to multiple personality: A cross-cultural perspective. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (pp. 413-442). New York: Brunner/Mazel.

Ross, C. (1989). *Multiple personality disorder.* New York: Wiley.

Spiegel, D. (1993). Dissociation and trauma. În D. Spiegel (ed.), *Dissociative disorders: A clinical review* (pp. 117-129). Lutherville, MD: Sidran.

Van der Kolk, B., van der Hart, O., Marmar, C. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. În B. van der Kolk, A. McFarlane, L. Weisaeth (eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 303-325). New York: Guilford.

Watkins, J. (1992). *The practice of clinical hypnosis*, vol. II: *Hypnoanalytic techniques.* New York: Irvington.

Watkins, J., Watkins, H. (1979). The theory and practice of ego-state therapy. În H. Grayson (ed.), *Short term approaches to psychotherapy* (pp. 176-220). New York: Wiley.

Watkins, J., Watkins, H. (1991). Hypnosis and ego-state therapy. În P.A. Keller, S.R. Heyman (eds.), *Innovations in clinical practice*, vol. X (pp. 23-37). Sarasota, FL: Professional Resources Exchange.

Watkins, J., Watkins, H. (1997). *Ego states: Theory and therapy.* New York:
Norton.

Lecturi recomandate

Dolan, Y. (1991). *Resolving sexual abuse.* New York: Norton.

Erickson, M.H. (cca 1940/1980). The clinical discovery of a dual personality. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. III (pp. 261-270). New York: Irvington.

Erickson, M.H., Kubie, L. (1939/1980). Permanent relief of an obsessional phobia by means of communication with an unsuspected dual personality. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson*, vol. III (pp. 231-260). New York: Irvington.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the divided self: Clinical and Ericksonian hypnotherapy for post-traumatic and dissociative conditions.* New York: Norton.

Richeport, M. (1994). Erickson's approach to multiple personality: A cross-cultural perspective. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (pp. 413-442). New York: Brunner/Mazel.

Spiegel, D. (ed.) (1993). *Dissociative disorders: A clinical review.* Lutherville, MD: Sidran.

Van der Kolk, B., McFarlane, A., Weisaeth, L. (eds.) (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* New York: Guilford.

Watkins, J., Watkins, H. (1997). *Ego states: Theory and therapy.* New York:
Norton.

Capitolul 22

Consilierea impusă: cum îi ajutăm pe cei care nu vor să fie ajutați

Dan Short

Există două tipuri de clienți: cei care vor să fie ajutați și cei cărora li s-a spus să apeleze la ajutor. Disfuncția poate surveni sub forma unei lupte interioare cronice, respectiv sub forma unei lupte cronice cu forțele sociale. Aceasta din urmă este o perturbare externalizată care are drept consecință relații defectuoase sau o activitate infracțională (de exemplu, acte de violență, abuz sexual, neglijare sau abuz de droguri). Astfel, suferința cauzată de tulburare este resimțită mai mult de societate decît de persoana respectivă. Cînd persoana simte durere, își orientează atenția înspre exterior, pentru a nu da vina pe sine pentru suferință, ci pe alții. Acest tip de comportament este descris în a patra ediție a *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale (DSM-IV)* sub forma unei varietăți de tulburări de personalitate. În schimb, clientela voluntară suferă de obicei de neuroticism, un conflict

interior foarte chinuitor pentru persoana care internalizează problema.

Diferența dintre cele două tipare de răspuns este atît de importantă, încît o intervenție clinică eficientă într-unul dintre cazuri poate doar să amplifice nivelul de disfuncționalitate în celălalt caz. Asta nu înseamnă că scopurile terapiei trebuie să difere, ci mai degrabă că modurile în care clienții reacționează la influența terapeutului pot să difere radical. Informațiile următoare își propun să suplimenteze pregătirea specialiștilor care oferă servicii de sănătate mentală persoanelor care au tulburări externalizate. Aptitudinile prezentate în acest capitol nu sînt menite să compună o modalitate de tratament independentă; în schimb, cele ce urmează constituie un set de recomandări care evidențiază maniera în care trebuie administrată terapia.

Începe cu un angajament al schimbării

Este greșit să presupunem că clientul va fi receptiv în mod automat la informațiile prezentate pe parcursul terapiei[1]. Prin definiție, acest tip de client nu este interesat să evolueze. El poate percepe terapia drept o pierdere de timp sau o amenințare la adresa identității sale. Prin urmare, este necesar să i se inculce convingerea privind importanța tratamentului și, astfel, voința de a se schimba. Există mai multe șanse ca schimbarea să aibă loc atunci cînd terapeutul

începe prin a obține angajamentul clientului că își va schimba comportamentul (Zanna și Cooper, 1974).

C: (*Ton sarcastic*) Pur și simplu vă voi asculta, iar dumneavoastră îmi puteți spune tot ce trebuie să știu.

T: Dacă aveți o problemă despre care vreți să-mi vorbiți și pe care vreți s-o abordăm, atunci mă voi întîlni cu dumneavoastră. Dacă nu-mi puteți spune nimic despre vreo problemă specifică asociată cu comportamentul dumneavoastră, atunci nu avem nici un motiv să ne întîlnim.

C: (*Enervat*) Trebuie să fiu aici. De la tribunal am fost obligat să mă prezint!

T: Dacă aveți probleme legale, vă dau numărul de telefon al unui avocat. Eu mă ocup doar de probleme de consiliere.

C: (*Tăcere lungă*) Păi… e posibil chiar să am o problemă de temperament…

Refuzul de a lucra cu o persoană care respinge tratamentul este poate cel mai simplu mod de a obține angajamentul acesteia de a se schimba. După cum afirma Milton Erickson, „Cînd începi să le refuzi oamenilor ceva, vor insista să le oferi acel lucru” (Haley, 1985, p. 123). O altă opțiune este să vă vedeți în continuare, dar să refuzați să începeți terapia pînă cînd nu își ia angajamentul că se va schimba (cu alte cuvinte, aceste întîlniri nu satisfac cerințele impuse de tribunal). După ce se obține angajamentul verbal, acesta poate fi ratificat prin semnarea unui contract, prin plata în avans a ședințelor viitoare sau prin altă activitate ce nu presupune efort.

Motivația este esențială pentru succesul consilierii impuse și, după cum arată studiile, cu cît o persoană investește mai multă energie într-o activitate, cu atît tinde să o considere mai importantă (Aronson și Mills, 1959; Bem, 1967; Deutsch și Gerard, 1959).

Solicitați o mărturisire

Acest tip de client irosește mult timp și energie ascunzînd de alții și de sine realitatea perturbării. Clientul ezită să-și recunoască propriile deficiențe și, în schimb, dă vina pe alții pentru comportarea sa. Atît timp cît altcineva poate fi identificat drept „personajul negativ", clientul nu simte nevoia de a-și analiza propriile imperfecțiuni (Carver și Scheier, 1981). Cu „fațada" intactă, clientul nu este motivat să schimbe nimic la el însuși și are tendința de a refuza sau de a ignora intervențiile terapeutice. Mărturisirea este importantă, deoarece astfel de clienți trebuie să se concentreze mai degrabă asupra comportamentelor lor problematice (Petty și Cacioppo, 1986) decît asupra imaginii idealizate pe care o au despre sine.

Ar trebui să ne putem da seama dacă un client nu a recunoscut încă faptul că are o problemă prin descrierea comportamentului problematic la timpul trecut. O descriere a ceea ce „obișnuia să facă" are o semnificație emoțională redusă și este, prin urmare, o mărturisire inutilă.

C: Au trecut șase luni de cînd am împins-o. Știu că am greșit, iar acum mă aflu aici ca să învăț *orice* pot învăța. (*Zîmbește*)

T: Trebuie să aflu cît de conștient sînteți de efectele negative provocate de actul dumneavoastră inițial de violență. Ce probleme credeți că mai persistă după acel unic act de violență de acum mai bine de șase luni?

C: Ei bine... Ea încă își mai pleacă capul ori de cîte ori fac un gest rapid cu mîna. Asta chiar mă deranjează.

T: Deci nu se simte în siguranță cu dumneavoastră?

C: Bănuiesc că nu.

Pe măsură ce clientul îi descrie terapeutului problemele provocate de comportamentul său, i se amplifică disponibilitatea de a accepta idei noi, într-o măsură mult mai mare decît dacă terapeutul i-ar ține un discurs moralizator.

Cînd clientul detaliază prea rapid o problemă „specială" sau își împărtășește prea repede ideile despre ea, este posibil să vă inducă în eroare. De regulă, problemele cele mai grave, în loc să fie descrise fără inhibiții, îi sînt ascunse terapeutului. Pentru o persoană care își petrece cea mai mare parte din timp ascunzîndu-și gîndurile și sentimentele, autoexpunerea nu este simplă.

C: N-am mai spus asta nimănui, dar cred că este posibil să fi fost răpit de un OZN. Cred că mi-au spălat creierul, ca să nu-mi amintesc întîmplarea. Știți ceva despre acest tip de probleme?

T: OZN-urile sînt un subiect fascinant și sînt sigur că am putea discuta despre ele ore în șir, dar nu de asta ne

aflăm aici. Vreți să vorbiți cu mine despre problemele cauzate de comportamentul dumneavoastră?

Clientul nu și-a mai exprimat niciodată îngrijorarea legată de OZN-uri. Problemele mai puțin importante tind să dispară cînd nu mai servesc la îndeplinirea unui scop.

Invocarea nebuniei este o mărturisire destul de inutilă și, prin urmare, inacceptabilă. Cînd o persoană este convinsă că nu deține nici un control asupra comportamentului său, ea se scuză de orice încercare de a folosi discernămîntul sau raționamentul moral. Clientului nu trebuie să i se acorde ocazia de a-și eticheta comportamentul drept incontrolabil. După ce își formulează această convingere, clientul devine mai puțin predispus să se schimbe. În schimb, clientului i se cere să recunoască faptul că a comis greșeli. O decizie greșită este întotdeauna mai ușor de schimbat decît o forță nonvoluntară.

Respectați reguli și proceduri prestabilite

Un expert veritabil are capacitatea de a face o sarcină dificilă și complicată să pară simplă, datorită capacității de a identifica și de a rezolva problemele. Cu alte cuvinte, el acționează pentru a preîntîmpina apariția situațiilor negative. Această aptitudine este esențială cînd ajutăm persoane cărora le este greu să manifeste respect față de cei din jur. O metodă utilă de prevenire a problemelor inutile este întocmirea unei

liste cu reguli și proceduri care să-i fie citită clientului, pe care s-o semneze și s-o ia acasă. De exemplu, cînd nimeni nu este acceptat într-un grup fără să achite ședința, clienții sînt mai puțin dispuși să-și „uite” banii. Un bun ansamblu de reguli și proceduri evoluează în timp. Ori de cîte ori terapeutul este luat prin surprindere de o situație dificilă, se adaugă o regulă nouă, astfel încît să existe mai puține șanse ca situația să se repete.

În mod ironic, deseori persoanele cu tulburări externalizate se pricep de minune să joace rolul victimei. Victimizarea nu numai că împiedică progresul terapeutic, ci îi și permite clientului să capete o doză de control asupra terapeutului și a procesului interviului. Ghinionul și o viață dificilă îi permit clientului să-și asume treptat tot mai multe privilegii (de exemplu, să întîrzie, să vină fără banii necesari pentru a achita ședința, să solicite programări la anumite ore). Totuși, terapeutul eficient nu se lasă influențat de toanele trecătoare ale clientului. Asemenea unei fisuri într-un baraj, o încălcare minoră a regulilor trebuie gestionată cît mai rapid posibil. Nu este util ca terapeutul să-și forțeze limitele. Acest tip de client tinde să domine sau să profite de un terapeut înțelegător. În schimb, clientul trebuie să aibă încrederea că terapeutul este suficient de puternic pentru a-și menține delimitările. Este înțelept ca terapeutul să stabilească și să mențină delimitări mai stricte decît ar fi cazul, pentru a nu fi afectat emoțional atunci cînd delimitările sînt testate sau încălcate.

Mențineți-vă autoritatea terapeutică

Cînd lucrează cu persoane care manifestă tulburări externalizate, este esențial ca terapeutul să aibă încredere în propriile sale decizii, valori și intenții. Este neproductiv ca terapeutul să se îndoiască de sine pe parcursul terapiei. Harry Boyd (1993) spunea că „Această activitate îți impune să-ți ordonezi propriile valori și să-ți stabilești și să-ți menții propriile priorități. Dacă nu-ți dezvolți un simț clar și coerent cu privire la sine și la ceea ce vrei, pacienții cu tulburări de personalitate te vor mînca de viu”. În unele cazuri, un astfel de client se laudă cu capacitatea sa de a găsi punctul vulnerabil al altei persoane și de a-l folosi împotriva acesteia. Din acest motiv, terapeutul nu trebuie să răspundă la întrebări foarte personale. Deși clientul are dreptul să afle informații despre pregătirea sau formarea teoretică a acestuia, nu este util să-i împărtășiți informații cu conotații emoționale, de exemplu, momente în care v-ați simțit inadecvat. Aceste informații pot veni în sprijinul unei persoane cu o tulburare internalizată, dar nu fac decît să creeze probleme în cazul clienților care caută motive de a discredita figurile autoritare. Din acest motiv, ar fi indicat ca terapeutul să aibă un consultant care să-i ofere un mediu benefic în care să-și pună sub semnul întrebării deciziile sau aspectele care îl preocupă.

La începutul terapiei, clientul va căuta să-și dea seama dacă poate să-l manipuleze sau să-l controleze pe terapeut. Dacă răspunsul la această întrebare este „Da”, terapeutul devine un alt pion din jocul său. Deși terapeutul ar putea dori să discute cu clientul așa cum ar face-o cu un om cu drepturi

egale, trebuie să țină cont de influența puternică a avantajului oferit de rolul său. Persoanele aflate în poziții de autoritate îi pot influența pe ceilalți (Hofling, Brotzman, Dalrymple *et al*., 1966). Prin urmare, dacă clientul pleacă de la ședință după ce a dobîndit o poziție de lider, atunci cuvintele și acțiunile terapeutului au o influență mai redusă.

Un mijloc important de menținere a autorității terapeutice constă în fondarea opiniilor pe realități pe care clientul nu le poate contesta cu ușurință. De exemplu: „Majoritatea celor pe care i-am văzut urmînd cu succes terapia învață mai întîi cum să-și recunoască greșelile. Abia după aceea reușesc să facă progrese”. Clientului îi este foarte dificil să nege această afirmație, deoarece se bazează pe experiența terapeutului.

În privința „alegerii propriilor bătălii”, nu este o idee bună să vă faceți griji dacă clientul spune „adevărul” despre circumstanțele din afara sălii de terapie. Clientul va cîștiga întotdeauna acest tip de dezbatere, deoarece poate modela cu ușurință realitatea, astfel încît să convină scopurilor sale. Totuși, cînd afirmațiile terapeutului se bazează pe comportamente survenite în sala de terapie, acesta nu mai depinde de afirmațiile despre sine ale clientului. Cînd face o afirmație, terapeutul eficient revine mereu la realitățile palpabile pentru care are dovezi sau atestări solide. Aceste dovezi sînt adunate pe parcursul terapiei prin intermediul înregistrărilor video sau ținînd un jurnal al apelurilor telefonice și al conversațiilor. Cînd unui client i se spune ceva important, acest lucru trebuie notat, astfel încît clientul să poată vedea că a fost înregistrat. Acestuia îi va fi așadar mai dificil să submineze încrederea în sine a terapeutului, prin afirmații de tipul: „Nu mi-ați spus asta niciodată!” sau „Nu e

vina mea că nu am fost aici, mi-ați comunicat greșit ora stabilită!”.

Clienții apelează adesea la intimidare pentru a submina autoritatea personală a terapeutului. Cel mai eficient tip de intimidare este exercitat prin intermediul mesajelor indirecte.

C: Ori de cîte ori mă supără cineva, mă dezlănțui ca un nebun. Odată, am omorît un om cu mîinile goale. Ticălosul ăla a făcut greșeala să mă supere.

T: Nu voi lucra cu o persoană prea instabilă pentru a participa la activitatea de consiliere. În prezent sînteți periculos?

C: Depinde ce vreți să spuneți.

T: Vreau să spun că nu voi lucra cu dumneavoastră dacă reprezentați o amenințare la adresa mea.

C: (*Pe alt ton*) Asta a fost cu mult timp în urmă. Acum sînt altfel.

Tacticile de intimidare trebuie abordate într-o manieră atentă, dar directă. Cînd se face o amenințare în mod indirect, terapeutul trebuie să clarifice conținutul mesajului sau al gestului, întrebînd dacă acel comportament a fost amenințător în mod intenționat. Cînd un client dă înapoi și se descrie ca nefiind o amenințare, atunci clientul se angajează să aibă comportamente mai bune. Deși unele amenințări pot fi ignorate, nu este înțelept ca o amenințare serioasă să fie ignorată. Aceasta nu va face decît să-l încurajeze pe client să dovedească de ce e în stare. În schimb, terapeutul trebuie să rămînă calm și încrezător, definind totodată delimitări incontestabile.

Cu orice persoană ar lucra, fie că suferința este îndeosebi interiorizată sau exteriorizată, terapeutul trebuie să recunoască faptul că acțiunile cele mai nerezonabile ale clientului i se par justificate acestuia. Clientul consideră că acționează echitabil. Din acest motiv, pe parcursul terapiei, clientul trebuie să cedeze temporar puterea. Din unele puncte de vedere, este ca și cum clientul devine din nou copil și caută acum un tip de relație cu părinții care, poate, nu i-a fost disponibilă pe parcursul copilăriei. În această poziție, clientul poate simți atît teroare, cît și o senzație de siguranță. Teroarea are drept cauză faptul că nu deține mijloace de protecție sau de apărare. Siguranța se datorează posibilității de a fi salvat de abordarea greșită cronică a resurselor sale sociale și personale.

Exprimați-vă clar și detaliat

Prin definiție, persoana cu tulburare internalizată are o concepție patologică despre sine. Așadar, stigmatul unui diagnostic formal poate fi dăunător. Dar acest lucru nu este adevărat în cazul persoanelor cu tulburări externalizate. Cînd lucrați cu acest tip de client, diagnosticul formal al problemei este la fel de important pentru tratament ca orice intervenție care urmează. Eșecul specialistului de a identifica specificul disfuncțional al comportamentului clientului poate fi interpretat de acesta drept o susținere a acțiunilor sale.

C: (*Își descrie toate frustrările legate de partenera sa*)

T: Se pare că treceți printr-o perioadă dificilă acasă.

Săptămîna următoare:

C: I-am spus prietenei mele că ați fost de acord cu mine, că într-adevăr ea are nevoie de ajutor, nu eu.

În acest exemplu, greșeala terapeutului a fost că nu i-a precizat clar clientului că acesta are o problemă gravă. La fel, consolidarea verbală trebuie să fie foarte clară, pentru a nu fi folosită de client drept aprobare-scuză a tuturor acțiunilor sale.

Adesea, răspunsurile vagi nu au deloc valoarea unui răspuns. Un răspuns vag înseamnă că, dintr-un motiv oarecare, persoana nu este sinceră. Poate că nu este interesată de subiect sau poate că subiectul o vizează prea direct, astfel încît îi este dificil să răspundă.

T: Cum v-a mers săptămîna asta?

C: A fost foarte bine. Chiar nu prea am ce să spun.

T: Ați avut vreo discuție în contradictoriu cu prietena?

C: Am avut o mică neînțelegere, dar n-a fost cine știe ce.

T: Care a fost cea mai mare greșeală pe care ați făcut-o în timpul neînțelegerii?

C: După ce m-a împins și m-a făcut „ticălos”, am plecat, fiindcă nu sînt silit să suport astfel de abuzuri.

T: Ce greșeală ați făcut?

C: Băusem în oraș, așa că poate vorbeam mai tare decît ar fi trebuit.

T: Ați țipat la ea. Ce altceva ați mai făcut?

C: Am făcut-o „tîrfă”.

T: De ce a fost greșit să țipați la ea și să-i spuneți „tîrfă”?

Este important să formulați întrebări foarte directe, deoarece este posibil ca un client să nu spună niciodată din proprie inițiativă informațiile cele mai importante.

După ce a deprins o aptitudine nouă, clientului trebuie să i se dea ocazia să verifice dacă a înțeles-o corect, prin exersare. Astfel, terapeutul poate testa cunoștințele clientului.

T: Înțelegeți tot ce v-am spus?

C: Da, am înțeles. Cam fac asta deja, oricum.

T: Ca să dea rezultatul dorit, trebuie să parcurgeți toți cei trei pași în ordinea corectă. Sînteți sigur că nu aveți întrebări?

C: Nu, am înțeles bine.

T: Foarte bine. Acum vom face un joc de rol. Eu voi interpreta rolul partenerei dumneavoastră, iar dumneavoastră vă veți juca propriul rol, cînd cereți o pauză.

C: Cum adică?

T: Vom exersa ceea ce tocmai ați învățat.

C: Nu sînt sigur că sînt pregătit pentru asta.

T: Nu e nici o problemă dacă nu vă descurcați perfect prima oară. Aproape toți trebuie să exerseze cel puțin o dată.

Cînd terapeutul nu acordă timpul necesar pentru a se exprima clar și detaliat, eficacitatea terapeutică este mult redusă. Singura presupunere pe care ar trebui s-o facă terapeutul este că trebuie să investigheze atent ceea ce i se spune. Erickson afirma: „Prea mulți ascultă descrierea problemei și nu aud ce nu le spune pacientul…” (Zeig, 1985, p. 126).

Creați o atmosferă de siguranță

Trebuie să țineți minte că, pentru orice client, mărturisirile sincere pot fi dificil de făcut (Jourard, 1971). În cazul celor care îl percep inițial pe terapeut ca pe un „dușman”, vulnerabilitatea asociată cu mărturisirile sincere poate fi foarte deconcertantă. Inițial, acest tip de client poate pierde multă energie încercînd să-i convingă pe alții că nu are nevoie de ajutor. Totuși, dincolo de fațadă se află un eu fragil. Ulterior, pe parcursul terapiei, clientul poate recunoaște: „Mă tem de propriile mele acțiuni… Nu știu ce s-ar putea să fac în continuare”. Clientul se gîndește poate la problema aceasta de luni sau chiar ani de zile, dar, ajuns în biroul terapeutului, rolul de „client” i s-a părut prea amenințător, așa că și-a ridicat un zid al negării. Sintagma „nuditate psihologică” descrie parțial stînjeneala și teama resimțite cînd i se cere să renunțe la mecanismele de apărare familiare. Clientului îi este groază să nu fie etichetat în mod oficial drept „un ratat viu”. Proteja-

rea eului este importantă deoarece, cînd oamenii își pierd toată încrederea în bunătatea proprie, nu mai au motiv să trăiască sau să promoveze supraviețuirea celorlalți. Unii clienți vin la terapie cînd sînt deja pe cale să aibă o criză existențială.

Pe parcursul terapiei, clientul trebuie să învețe cum să îndure perioade lungi de autoanaliză inconfortabilă. Este posibil ca în copilărie clientul să fi fost aspru criticat pentru cea mai mică greșeală. Prin urmare, acesta nu știe să facă diferența între a fi un ratat absolut și a fi făcut o greșeală. În cazul primei variante, simte că nu mai are de ce să trăiască. În cazul celei de-a doua, persoana are încă motive să spere. Prin urmare, clientul este învățat să-și vadă greșelile și, concomitent, să-și mențină o stimă de sine benefică. Este util ca abuzul față de sine să fie abordat la fel de ferm ca abuzul față de alte persoane. Astfel ajutăm clientul să facă față rușinii în mod constructiv și să se concentreze din nou asupra responsabilității sale pentru acel comportament.

> C: Acum, că m-am îndreptat sau cel puțin e mai bine decît înainte… nu cred că s-a încheiat încă… dar, oricum, uneori mă gîndesc la cum m-am purtat cu ceilalți și îmi dau seama cît eram de nemernic. Chiar mi se întoarce stomacul pe dos cînd mă gîndesc la toate cîte le-am făcut.
>
> T: Ar fi ușor să comiteți un abuz față de dumneavoastră înșivă acum. Dar cred că asta ar fi o greșeală. De fapt, asta n-ar face decît să sporească șansele de a abuza de alții pe viitor. Ne putem purta cu ceilalți doar la fel de bine cum ne purtăm cu noi înșine. Nu puteți

da timpul înapoi, să schimbați ce s-a întîmplat, dar ce puteți face acum? Ce ar fi benefic pentru toată lumea?

C: Am început deja să încerc să fac cîte ceva bun pentru toate relele pe care le-am făcut vreodată.

T: Asta este o idee minunată... e o modalitate bună de a folosi energia creată de acele amintiri.

C: Da, dar fiicei mele i-am făcut cel mai mult rău și nu am voie s-o văd.

T: Așa e. Dacă v-ați vizita fiica, asta s-ar putea doar să facă mai mult rău. Cum ați putea face la fel de mult bine pentru alt copil? Ați donat vreodată bani pentru un orfelinat?

C: Chiar m-am gîndit să fac ceva de genul ăsta.

Un alt mijloc de a proteja clientul este menținerea unei alianțe solide de grup. Unei mărturisiri dificile i se poate răspunde prin acceptare: „Toți greșim. De asta grupul este atît de util. Putem învăța unii de la alții". Folosirea cuvîntului „noi" aliază întregul grup cu clientul. Totuși, uneori un client poate fi atacat de alt membru al grupului, caz în care terapeutului îi revine responsabilitatea de a-l proteja pe cel atacat, invitînd atacatorul să se autoanalizeze pentru cîteva momente.

Unul dintre cele mai importante aspecte ale supraviețuirii este căutarea siguranței. Clientul ar trebui să poată găsi asta în terapie. Cînd oferiți protecție adecvată, clientul reușește să renunțe la mecanismele de apărare, cum ar fi negarea și învinuirea. Siguranța terapeutică nu trebuie folosită ca scuză pentru a ignora probleme complicate sau pentru a evita

confruntări inconfortabile. Un terapeut eficient oferă siguranță și este, concomitent, puternic.

Nu acceptați responsabilitatea pentru alegerile clientului

Deși terapeutul este responsabil pentru calitatea activității sale, este greșit să-și asume responsabilitatea pentru comportamentul disfuncțional al clientului. Prin urmare, nu trebuie să vă fundamentați mîndria personală sau sentimentul valorii pe faptul că un client își modifică sau nu comportamentul disfuncțional. Și acceptarea meritelor pentru succesul clientului este dificilă, deoarece, prin implicațiile sale, terapeutul trebuie să accepte și responsabilitatea pentru eșecurile clientului. Cînd această delimitare este testată, atenția trebuie să se concentreze din nou asupra clientului.

C: Am făcut ce mi-ați spus și rezultatul a fost grozav!

T: Bravo! Ce alte scopuri ați vrea *dumneavoastră* să atingeți?

Un terapeut eficient are grijă să nu se implice prea mult într-un demers care trebuie să-i aparțină clientului.

Pentru a evita conflictul interior cauzat de sentimentele de ambivalență, acest tip de client tinde să delege rolul de supraeu unei figuri cu autoritate din exterior. Cînd lucra cu alcoolici, Milton Erickson a sugerat că hipnoza poate fi nocivă,

deoarece instituie o dependență „de tip greșit” de terapeut (Rossi și Ryan, 1992, p. 61). Înainte ca aceste așteptări să aibă timp să evolueze, terapeutul ar trebui să refuze să accepte faptul că deține responsabilitatea cu privire la comportamentul viitor al clientului.

C: Nu vă faceți griji, voi veni la toate ședințele de acum încolo!

T: De fapt, nu-mi fac griji dacă veniți la toate ședințele de acum încolo deoarece, dacă veți fi eliminat din program, asta nu mă va afecta nicicum pe mine sau viața mea. Totul va merge mai departe ca și cum nu v-aș fi cunoscut.

C: Nu vă pasă ce se întîmplă cu mine?

T: Dacă decideți să vă autosabotați, eu nu pot face absolut nimic. Totuși, dacă vreți să încercați să obțineți mai mult de la viață, v-aș putea ajuta. Vreți ajutor?

C: Da… fir-ar să fie! Da!

T: Atunci spuneți-mi care sînt diversele moduri în care vă puteți autosabota pe parcursul consilierii, dacă ați alege să faceți asta.

În alte cazuri, pentru a valoriza pe deplin capacitatea de a lua decizii, e necesar să i se prezinte clientului opțiunile sale.

T: Scopul acestei întîlniri orientative este ca dumneavoastră să decideți dacă vreți sau nu să participați la consiliere…

C: (*Îl întrerupe*) Știu deja că nu vreau să fiu aici, dar trebuie să o fac, fiindcă un nenorocit de asistent social a

venit la mine acasă și și-a băgat nasul unde nu-i fierbe oala!

T: Sînteți liber să plecați oricînd. Mergeți tot înainte pe hol. Ușa din capăt dă direct în parcare.

C: Nu mă ascultați. Am spus că nu am de ales, trebuie să fiu aici!

T: Tot ce faceți este decizia dumneavoastră. Mai sînt alți șase bărbați care au primit ordin în instanță să se prezinte la consiliere și au ales să nu participe la întîlnirea din seara aceasta...

C: (*Îl întrerupe*) Da, dar eu *nu* vreau să merg la închisoare și singura modalitate prin care pot evita asta este să vin aici.

T: Nu e treaba mea să vă fac să nu ajungeți la închisoare. Eu mă aflu aici ca să-i ajut pe cei care vor sincer să fie ajutați.

C: (*Se ridică și începe să meargă de colo colo*) Fir-ar să fie! Încerc să vă spun că eu nu am nevoie să fiu aici! V-a fost trimis vreodată cineva care chiar nu avea nevoie de asta? Spuneți-mi, este posibil ca un om să nu aibă nevoie de consilierea asta!

T: (*Calm, dar pe ton ferm*) Dumneavoastră întrerupeți această întîlnire și-i împiedicați pe alții, care vor să fie aici, să primească informațiile de care au nevoie. Prin urmare, puteți fie să luați loc și să ascultați ce am de spus, fie să părăsiți încăperea chiar acum.

C: (*Ia loc. Nu mai vorbește pînă la terminarea ședinței*)

Iată un exemplu de translare importantă a conștientizării, de la acțiunile terapeutului la alegerile de care dispune

clientul. Este, poate, valabil pentru toate tipurile de terapie că „a-l determina pe pacient «să vadă ce poate face [el]» este mult mai eficient decît a-l lăsa pe pacient să vadă ce poate face terapeutul cu pacientul sau ce îi poate face pacientului” (Erickson 1963/1980, p. 291).

Dați dovadă de calm și de stabilitate

Cu cît clientul este mai tulburat, cu atît este mai important ca terapeutul să fie un model de comportament calm, respectuos. Această interacțiune în sine este terapeutică și va contribui la stabilizarea clientului. Cînd ne adresăm clienților, este util să folosim o voce blîndă, calmă, iar corpul să fie într-o poziție cît mai relaxată și mai confortabilă. Nu contează dacă clientul suferă de o tulburare internalizată sau externalizată, deoarece în ambele cazuri ar avea de cîștigat de pe urma experienței intimității și a siguranței în cadrul terapeutic.

Terapeutul nu trebuie să fie prea sensibil la atacul personal, dar trebuie să fie capabil să devieze actele de agresivitate și ostilitate, rămînînd totodată calm și concentrat pe sarcina de lucru din acel moment. La fel cum părinții buni nu se bazează pe bătaie pentru a-și învăța copilul să nu-i lovească pe alții, terapeutul trebuie să rămînă mereu conștient de atitudinea exemplificată. Clientul care este apostrofat aspru sau demoralizat de către terapeut va pleca de la terapie gata să reflecte acele sentimente asupra altcuiva.

Reversul fiind de asemenea valabil, terapeutul trebuie să evite eforturile de a-l impresiona pe client sau de a-i deveni simpatic. Seducția prin conținut este uneori o problemă cînd vorbim cu un client care a învățat să folosească nevoile eului altora. Ca să rămînă eficient, terapeutul ar trebui să-și satisfacă necesitățile asociate eului prin intermediul altor persoane decît clienții.

T: Nu cred că ați recunoscut față de dumneavoastră înșivă cît de gravă este de fapt această problemă.

C: Chiar sînteți foarte inteligent. Nu cred că am mai avut vreun terapeut la fel de bun ca dumneavoastră. Tipii de la celălalt centru de consiliere erau pe dinafară. Nu cred că are nici un rost să vină cîrd pe capul unui client și să urle la el. Ce părere aveți?

T: De ce anume vă temeți?

Fără să se oprească pentru explicații, terapeutul expert va reorienta atenția clientului asupra subiectului inițial.

Poate fi foarte dificil să le oferim terapie clienților care au probleme comportamentale grave. Dacă vă confruntați cu comportamente atît de deranjante încît trebuie să depersonalizați clientul înseamnă că ați fost excesiv de afectat. În aceste condiții, se impune să-i recomandați alt terapeut. A continua să lucrați cu o astfel de persoană este lipsit de etică și constituie un pericol pentru sănătatea dumneavoastră mentală.

Ajutați-l pe client să cedeze și să cîștige

Majoritatea oamenilor vor să se simtă bine în pielea lor. Acest fapt este adevărat îndeosebi în cazul cuiva care încă nu a învățat să fie mîndru de propriile sale acțiuni. Terapeutul ar trebui să recunoască acest fapt și să-l utilizeze în scop terapeutic. Cînd un client devine vulnerabil, mărturisindu-și o greșeală gravă, și vrea sincer să fie ajutat, terapeutului îi revine rolul de a contextualiza mărturisirea drept un comportament de succes.

> C: Mă simt destul de prost în legătură cu asta, acum, dacă stau să mă gîndesc. Dar săptămîna asta am țipat la ea din cauza unei facturi care nu fusese plătită la timp. Chestia e că eu eram cel care ar fi trebuit să vireze banii. A fost de fapt greșeala mea, dar știam că vor apărea tot felul de probleme, așa că m-am convins pur și simplu că ea greșise.
>
> T: Cred că acum spuneți ceva foarte important. Mai este altcineva în grup care a făcut asta?

În acest exemplu, capacitatea unei persoane de a mărturisi și de a-și înțelege comportamentul este consolidată rapid și este folosită apoi pentru a-i stimula și pe alți membri ai grupului să facă același lucru. O consolidare suplimentară la finalul ședinței de grup poate fi introdusă dacă membrilor li se cere să descrie un aspect pe care îl respectă cu privire la comentariile altui membru al grupului. De obicei, membrii grupului se complimentează reciproc pentru curajul de a

deveni vulnerabili. Acest tip de influență din partea colegilor de grup poate avea un impact foarte puternic.

Uneori, disconfortul schimbării îi determină pe clienți să se plîngă de unele comportamente care trebuie reconsolidate și recontextualizate, aceasta fiind o nouă aptitudine importantă.

> C: Situația e cu totul alta. Înainte pur și simplu spuneam una, alta. Acum sînt aproape emoționat, de parcă nu aș ști cum să spun anumite lucuri.
>
> T: Acesta chiar e un semn bun. Puteți înțelege cum vă ajută această aptitudine nouă?
>
> C: Da. Acum mă gîndesc la lucruri înainte să vorbesc. Încerc să mă gîndesc ce efect va avea asupra ei... cum se va simți după ce voi spune ceva.
>
> T: E mai bine să procedați așa sau ați prefera să vă comportați iar ca înainte?
>
> C: Nu! (*Pauză*) Adică „Da”, procedez mai bine și „Nu”, nu vreau să mă comport ca înainte.
>
> T: Puteți spune grupului de ce e atît de bine să îi respectați mai mult pe ceilalți?

În acest exemplu, clientul își consolidează propriul comportament, descriind beneficiile de care se bucură. Mărturisirea sa are totodată rolul de a-i inspira pe alți membri ai grupului.

Terapeutul ar trebui să aibă grijă să nu consolideze comportamente negative, din neatenție. Dacă un client devine nervos, iar terapeutul cedează teren cu privire la un anumit aspect, atunci izbucnirea clientului este consolidată. În schimb, terapeutul poate reacționa recunoscînd dificultatea de

a participa la acest tip de consiliere. Clientul poate fi felicitat pentru dorința sa de a participa. Faptul că este dispus să mărturisească existența unei probleme este contextualizat drept un act de curaj. Dacă clientul a tăcut suficient de mult timp pentru ca aceste lucruri să fie spuse, atunci terapeutul îl poate felicita totodată pentru disponibilitatea sa de a asculta lucruri pe care poate nu vrea să le audă. Acest tip de afirmații îl ajută pe client să cedeze, astfel încît să poată continua să aibă de cîștigat.

Propuneți-vă intervenții minime

La fel ca în medicină, specialistul în boli mentale încearcă întotdeauna să intervină cît mai puțin, în maniera cea mai puțin intruzivă. Cînd folosiți opoziția, această recomandare este deosebit de importantă. Opoziția nu adaugă nimic la repertoriul comportamental al clientului. Ea este mai degrabă un mijloc de limitare a amplorii comportamentului. Opoziția este utilizată pentru a-i arăta clientului comportamentele problematice și consecințele asociate acestora. Opoziția directă este deosebit de stresantă pentru client, deoarece devine imposibil să fie de acord cu terapeutul fără să accepte ideea că s-a înșelat. Asta ar putea fi o problemă pentru un client care deja este în defensivă și a devenit bănuitor față de terapeut. Cînd opoziția este utilizată într-un moment inoportun, rezultatul inevitabil este o luptă pentru putere între client și terapeut. Un client nu are nevoie de multe

opoziții, iar terapeutul ar trebui cu siguranță să aibă disponibile alte mijloace de intervenție, cum ar fi educația și consolidarea pozitivă.

Uneori, este posibil să se exercite un impact extraordinar asupra gîndirii clientului, folosind tipuri de opoziție mai subtile. De exemplu, opoziția poate fi utilizată indirect, prin folosirea metaforei sau pur și simplu prin exprimarea unei vagi îngrijorări. Spre exemplu, întrebarea: „Ce-ați spus?” este urmată rapid de: „Sigur gîndiți asta?”. Fiind deconcertantă, întrebarea de acest tip îi permite clientului să decidă ce părere ar trebui să aibă. Răspunsul tipic este: „Nu, voiam să spun că…”. Astfel, clientul își poate schimba raționamentul, salvînd aparențele. Cea mai subtilă dintre toate este opoziția pe deplin nonverbală. Dacă un client spune ceva ce pare deplasat, terapeutul poate clătina ușor din cap, de parcă ar spune: „Nu”. Un client cu care are o relație strînsă va începe să se corecteze sau va comenta cu privire la afirmațiile sale, fără să-și dea seama că a survenit o opoziție. O metodă asemănătoare este pur și simplu păstrarea tăcerii, cînd clientul vrea să fie aprobat cu privire la un anumit aspect. Tăcerea terapeutului are un impact mult mai puternic decît orice opoziție verbală, deoarece nu lasă loc de discuții. De regulă, cea mai eficientă formă de opoziție este formulată chiar de client și se bazează pe propriile sale deducții și realități subiective (Elms, 1966; Watts, 1967). Aceasta este probabil cea mai sofisticată formă de opoziție, deoarece terapeutul formulează și exprimă opoziția într-o manieră complet indirectă.

C: A trecut un an întreg de cînd am lovit-o ultima oară.

T: La ce credeți că s-a gîndit cînd v-ați enervat și ați țipat la ea săptămîna trecută?

C: (*Pauză*) S-a gîndit că o voi lovi din nou?

T: Poate știi cu siguranță că nu veți mai face asta?

C: (*Lasă capul în jos*) Doamne… ce idiot sînt… de fiecare dată cînd mă enervez, ea se întreabă probabil dacă-mi voi pierde cumpătul și o voi lovi.

T: Vreți să fie așa?

C: Nu! Desigur că nu.

T: De ce nu?

C: Fiindcă nu e bine. Asta nu e viață, cînd te temi mereu.

T: Vreți să poată să se simtă fericită?

C: Da… chiar vreau.

În acest caz, a fost posibil să se inițieze confruntarea pur și simplu spunîndu-i clientului să se gîndească la consecințele acțiunilor sale. Clientul este mai dispus să accepte această opoziție, fiindcă se bazează exclusiv pe informații oferite de el.

De asemenea, este util să vă amintiți că terapeutul nu trebuie mereu să acționeze în relația cu clientul. Căutați momentele în care ar fi benefic să tăceți și să ascultați. Cele mai bune momente pentru a da dovadă de aptitudini de ascultare sînt cele în care clientul tocmai a devenit vulnerabil din punct de vedere psihologic sau și-a asumat un risc pozitiv, în alt mod. La un moment dat, clientul trebuie să încheie terapia, iar terapeutul are mereu în minte acest final.

T: La mult timp după ce veți încheia terapia, veți continua să vă confruntați cu probleme complicate. Pur și simplu, așa e viața. Cînd veți întîmpina o situație dificilă, care sînt cele două opțiuni pe care le aveți?

C: (*Pauză*) Nu sînt sigur. La ce vă referiți?

T: Puteți fie să agravați o situație rea, fie să ameliorați o situație rea. Acestea sînt cele două opțiuni.

Rezumat

- ► Începeți cu promisiunea clientului de a se schimba.
- ► Solicitați o mărturisire.
- ► Respectați regulile și procedurile prestabilite.
- ► Mențineți-vă autoritatea terapeutică.
- ► Exprimați-vă clar și detaliat.
- ► Creați o atmosferă de siguranță.
- ► Nu acceptați responsabilitatea pentru alegerile clientului.
- ► Dați dovadă de calm și stabilitate.
- ► Ajutați-l pe client să cedeze și să cîștige.
- ► Vizați intervenții minime.

Bibliografie

Aronson, E., Mills, J. (1959). The effect of severity of initiation on liking for a group. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 177-181.

Bern, D.J. (1967). Self-perception: An alternative explanation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review*, 74, 183-200.

Boyd, H.S. (1993). Surviving treatment with borderline personality disorders. Prelegere la Dallas Group Psychotherapy Society, 12 noiembrie.

Carver, C.S., Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior.* New York: Springer.

Deutsch, M., Gerard, H.B. (1959). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 629-636.

Elms, A.C. (1966). Influence of fantasy ability on attitude change through role-playing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4, 36-43.

Erickson, M.H. (1963/1980). Hypnotically oriented psychotherapy in organic brain damage. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. IV: *Innovative hypnotherapy* (pp. 283-311). New York: Irvington.

Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. III. New York: Norton.

Hofling, C.K., Brotzman, E., Dalrymple, S., Graves, N., Pierce, C.M. (1966). An experimental study of nurse-physician relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143, 171-180.

Jourard, S.M. (1971). *The transparent self* (ed. a II-a). New York: Van Nostrand Reinhold.

Petty, R.E., Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and persuasion: Central and peripheral routes to attitude change.* New York: Springer.

Rossi, E., Ryan, M. (eds.) (1992). *Mind-body communication in hypnosis*, vol. III: *The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Watts, W.A. (1967). Relative persistence of opinion change induced by active compared to passive participation.

Journal of Personality and Social Psychology, 5, 4-15.
Zanna, M.P., Cooper, J. (1974). Dissonance and the pill: An attribution approach to studying the arousal properties of dissonance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 703-709.
Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

1. Pentru o analiză a concepției lui Erickson despre acest subiect, vezi J.K. Zeig, 1985, pp. 110-111.

Capitolul 23

Strategii ericksoniene pentru a slăbi cu succes

Carol J. Kershaw

În piesa lui Vincent Ferrini intitulată „*Shadows Talking*” (1991), un personaj spune:

> Dacă ai putea uita
> Cine crezi că ești,
> Ai putea să-ți dai seama
> Cine ești de fapt,
> Dar nu poți vedea.

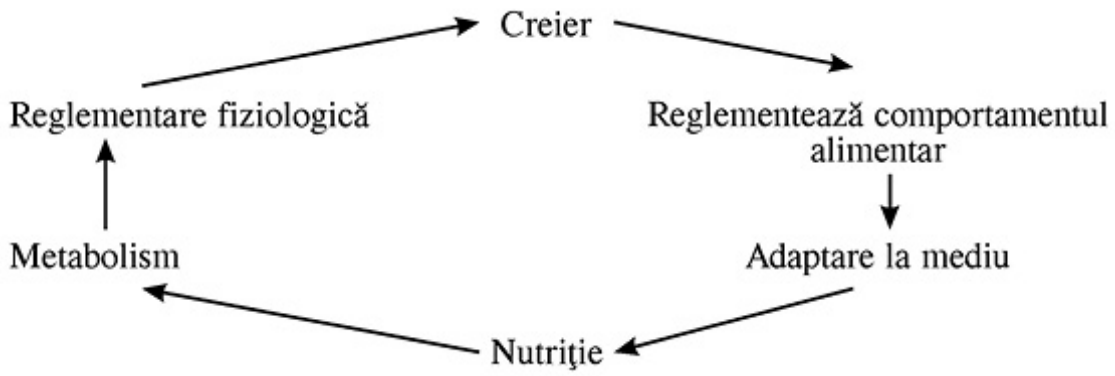
Anxietatea și mîncatul compulsiv stimulează frecvent amnezia, vizînd capacitatea de a face alegeri conștiente și de a menține controlul cu privire la alimentele ingerate. Fiind o chestiune critică pentru multe persoane, problema obezității în Statele Unite s-a agravat în mod constant. Institutul Național pentru Sănătate susține că 33% dintre americanii adulți sînt obezi. Costurile îngrijirii sănătății care pot fi

atribuite obezității ajung la 68 de milioane de dolari anual. Obezitatea este un factor major care cauzează hipertensiune, atac cerebral, afecțiuni cardiace coronariene, afecțiuni ale vezicii biliare, diabet de tip 2, unele tipuri de cancer și probleme respiratorii (Bray, 1992).

Controlarea comportamentelor alimentare

Obezitatea poate genera sentimente de neajutorare și de pierdere a controlului și poate bloca persoana într-un ciclu de diete și apoi de reacumulare a kilogramelor cîștigate. Majoritatea celor care țin dietă încearcă fiecare regim alimentar nou pentru scurt timp, apoi constată iar că reacumulează kilogramele pierdute. După cum mi-au spus mulți pacienți, „Toți cei care au probleme cu greutatea caută acel regim unic ce îi va vindeca în sfîrșit pentru totdeauna”.

Luarea în greutate ține de o serie de variabile complexe: factori biochimici, contextul și sistemul în care este influențată persoana, „managerul intern al greutății”, sugestibilitatea la stimuli alimentari externi în stări de anxietate, fenomene de transă învățate și dereglări cerebrale. Acești factori acționează împreună într-un sistem interacțional în care mîncatul este adaptat conform intereselor reglementării biologice și adaptării la mediu.



Creierul reglementează comportamentul alimentar, iar alimentele stimulează producerea anumitor neurotransmițători. Cercetătorii au experimentat pe două grupuri de șoareci pentru a stabili diferențele dintre reacțiile la traversarea unei farfurii încinse, după ce ingeraseră sau nu zahăr. Șoarecii care mîncaseră o soluție de zahăr înainte de efectuarea experimentului au avut nevoie de un timp de două ori mai mare pentru a-și ridica picioarele de pe suprafața fierbinte (Blass și Ciaramitara, 1994). În al doilea experiment, cercetătorii au măsurat suferința generată de izolare la puii de șoarece. Cercetătorii au remarcat că, atunci cînd șoarecii erau luați de lîngă mamă, țipau de peste 300 de ori într-un interval de șase minute. Opt pui de șoareci cărora li s-a dat apă cu zahăr au țipat însă doar de 75 de ori în același interval. Însă, cînd celui de-al doilea grup i s-a administrat medicamentul naloxon înainte să bea apa cu zahăr, acesta a blocat efectul zahărului (Cleary *et al.*, 1996), iar acești pui de șoarece au țipat la fel de frecvent precum cei din primul grup.

Cercetătorii au concluzionat că zahărul a blocat atît durerea emoțională, cît și pe cea fizică. A încetinit timpul de reacție la stimulii dureroși cauzați de farfuria fierbinte. În plus, zahărul părea să încetinească o reacție dureroasă cauzată de izolarea de mamă (Blass, Fitzgerald și Kehoe, 1986).

Alți cercetători sugerează că oamenii ar putea avea o reacție asemănătoare la zahăr. Pentru a-și mări nivelurile de serotonină și pentru a-și modifica stările, o persoană poate avea poftă de carbohidrați, alcool sau dulciuri. Cînd o persoană cedează de mai multe ori poftei, se creează un ciclu adictiv (Drewnowski și Rock, 1992). După instalarea ciclului problematic, un stresor din mediul extern „tratat” cu mîncare se autoconsolidează, încetinește metabolismul și situează creierul într-o stare de dereglare.

Capacitatea creierului de a funcționa adecvat determină nivelul de satisfacție legat de viața cotidiană. O diversitate de factori determină cît sîntem de anxioși, deprimați, ușor de distras sau sensibili la semnale legate de mîncare. Comportamentul unei persoane depinde de cît de bine funcționează fiziologia creierului acesteia. Zona din creier implicată în tulburările alimentare este girusul cingular. Situat longitudinal, în zona centrală a lobilor frontali, acesta permite devierea atenției și modificarea gîndurilor și a comportamentelor. Cînd o persoană manifestă gînduri contradictorii sau comportamente compulsive, această zonă a creierului devine hiperactivă.

În plus, studiile cantitative vizînd persoane cu probleme de greutate arată o diminuare a capacității de a crea frecvența alfa, starea creierului asociată cu relaxarea (Stroebel, 1997). În stare de stres se poate activa comportamentul automat, de transă, al mîncatului. Adesea, pacienții spun că nu-și amintesc că au mîncat, nici nu le este foame. Amnezia și analgezia ar putea fi folosite inconștient pentru a menține la un nivel redus anxietatea și gradul de percepere de către mintea conștientă a faptului că s-a mîncat prea mult. Cel mai adesea, senzațiile

fizice de foame și anxietate sînt confundate între ele. Deoarece actul și ingestia mîncării pot transforma o stare stresantă într-una relaxată, mîncarea devine asociată cu relaxarea. Carbohidrații stimulează în mod specific serotonina și generează în corp o stare asemănătoare cu cea produsă de opiacee, urmată de relaxarea fizică.

Alt element important în managementul comportamentului alimentar este sistemul în care trăiește persoana. Adesea, pacienții susțin că au simțit anxietate la ora mesei, în copilărie. Fie se acorda prea multă importanță mîncării, fie mîncarea era sinonimă cu dragostea, iar regula familiei impunea golirea farfuriei la fiecare masă, indiferent de semnalele emise de corp. De obicei, pacienții care au probleme cu greutatea sînt conștienți de multe conflicte legate de mîncare și înțeleg bine situațiile. Ei pot fi însă mai puțin conștienți de sistemul actual care le consolidează comportamentele și atitudinile negative. O istorie detaliată a problemei este întotdeauna utilă.

Aflarea istoricului prezent

1. Aflați istoricul problemei și momentul în care a debutat.
2. Cereți-i pacientului să descrie orice pofte specifice sau tendințe de mîncat compulsiv și circumstanțele în care apar acestea.
3. Notați orice mesaje legate de mîncare provenite din familia din care provine.

4. Dacă pacientul este căsătorit, întrebați-l despre acordul stabilit referitor la mîncare și la cît de zvelt trebuie să rămînă fiecare partener de-a lungul timpului. Uneori, luarea în greutate devine un ring al luptei pentru putere.

5. Fiți atent la limbajul „alimentar” folosit inconștient de către pacienți. „Chiar simt gustul succesului”, „E o idee care-mi stă pe limbă”, „Asta-i altă mîncare de pește”. Terapeutul poate folosi astfel de expresii în hipnoza convențională, pentru a concentra atenția asupra schimbării iminente, și anume să devină o persoană mai slabă.

6. Descoperiți anxietatea motivantă care stă la baza problemei. Trebuie să existe o motivație pozitivă suficient de intensă pentru a crea schimbarea.

7. Majoritatea oamenilor au un manager intern al greutății care îi atenționează cînd au luat prea mult în greutate. Acest manager poate fi identificat întrebînd pacientul cum reușește să-și mențină greutatea actuală.

8. Aflați cum își dă seama pacientul că s-a săturat.

9. Aflați cum se raporta pacientul la mîncare cînd cîntărea mai puțin.

10. Identificați fenomenele de transă la care poate face apel pacientul pentru a întreține problema.

Milton Erickson era maestru în utilizarea realității pacientului și în stimularea stărilor ce puteau fi valorificate. Tratînd o tînără obeză, Erickson a utilizat suferința ei intensă cauzată de greutatea ei, cerîndu-i să stea în fața unei oglinzi mari și să observe cît de mult îi displăcea toată grăsimea. El a spus apoi: „Dacă vă gîndiți bine și vedeți dincolo de acel strat

de grăsime în care sînteți învelită, veți vedea o siluetă feminină foarte frumoasă, dar este îngropată destul de adînc. Ce credeți că ar trebui să faceți pentru a scoate la lumină acea siluetă?". Erickson a afirmat că femeia a „dat jos" două kilograme pe săptămînă (Erickson, 1983). Prin intervenția sa, Erickson i-a indus o anxietate pozitivă motivantă, folosind chiar suferința pacientei și făcînd-o să se transforme în acțiune. El a ajutat-o să-și descopere corpul ei adevărat, pe care nu fusese capabilă să-l vadă de mult timp.

Probabil Erickson a observat la această persoană care nu își putea stăpîni impulsul de a mînca faptul că, în încercarea de a evita suferința interioară, ea își limita atenția la stimulul nociv imediat din mediu și evita o privire de ansamblu, care i-ar fi permis mai multe opțiuni. Îngustarea razei de atenție cognitivă a unei persoane la anumiți stimuli alimentari dezactivează inhibițiile normale asociate cu mîncatul. Acest proces poate fi considerat o disociere hipnotică urmată de o distorsiune temporală, pe parcursul intervalului în care persoana era ocupată cu mîncatul, și de amnezie privind actul în sine.

Studiu de caz: cît cîntărește inspirația

Un cadru medical căruia i se recomandase consilierea pentru a fi ajutat în privința obezității avea cu 45 de kilograme peste greutatea normală și întîmpinase probleme legate de alimentație toată viața. Mîncatul compulsiv noaptea

era o problemă cronică de 30 de ani. Într-o familie în care anxietatea era diminuată prin mîncare, mama, tatăl și fratele lui erau cu toții obezi. Tatăl său murise de infarct, iar fratele său fusese internat cu probleme cardiace. Pacientul spunea că mama sa obeză făcea pe „supraveghetoarea” la masă și-i spunea ce ar trebui să mănînce și ce nu. Asemenea multor tineri, reacționa prin revoltă, mînie și resentimente.

Acest specialist se întîlnise anterior cu mulți terapeuți și nutriționiști și testase multe programe de slăbit. Mersese la psiholog ani de zile și înțelegea multe despre problema sa, dar pur și simplu nu se putea opri. Suferea cumplit și mi-a spus că aștepta „inspirația”, revelația perfectă care i-ar putea aduce succesul. Mîncase compulsiv ani de zile, oprindu-se la patru-cinci restaurante în drum spre casă. Ori de cîte ori era desemnat pe neașteptate pentru a fi de gardă, fără să fie avertizat din timp, mînia familiară și resentimentul față de autoritate îi declanșau episoade de mîncat compulsiv. Se simțea victimizat la serviciu, deși a fi de gardă era prevăzut în fișa postului.

Pe lîngă aceste sentimente legate de serviciu, era nemulțumit de soția lui, care începuse să se comporte la fel ca mama lui. Devenise o spioană, investigînd cînd, ce și unde mînca. Mîncatul în secret în bucătărie, urmat de faptul că soția lui descoperea firimituri pe blat și îl apostrofa devenise un ritual. Acest tipar trebuia întrerupt.

Am sugerat cîteva ședințe care să vină în sprijinul bunelor intenții ale soției sale și s-o îndepărteze de miezul problemei. Ea a primit sarcina de a cumpăra o pălărie în stilul celor purtate de Sherlock Holmes. El a fost instruit să se prefacă că se strecoară în bucătărie și mănîncă compulsiv gogoși, în timp

ce ea își punea pălăria și intra în fugă pe ușă strigînd triumfător: „Te-am prins!”. Au început să glumească în legătură cu investigația de tip Sherlock Holmes. După ce acest tipar a fost întrerupt, se impunea regăsirea resurselor interne.

În prima ședință de hipnoză, am sugerat:

— Vă puteți întoarce în timp și puteți descoperi două-trei experiențe în care ați fost absolut decis să aveți succes.

Imediat, și-a descris concentrarea „exclusivă” în timp ce urma cursurile de medicină (folosind expresii cu referire la alimente) și capacitatea de a le finaliza. O altă amintire cu valență de resursă a fost hotărîrea lui de a nu renunța cînd, după divorț, fosta soție încercase să izoleze copiii de el. I-am sugerat:

— Vă puteți aminti clar aceste sentimente – mai întîi pe primul, apoi pe al doilea. Savurați gustul hotărîrii de a avea succes. Apoi amintiți-vă cum arătați, cum vă simțeați, cum relaționați cu oamenii cînd aveați cu 45 de kilograme mai puțin.

Aceste amintiri cu valențe de resurse au „dat startul” pierderii în greutate. A început să urmeze un program alimentar care avusese succes în multe cazuri, dar accesele de mîncat compulsiv au continuat. După fiecare zi frustrantă se oprea la trei-patru restaurante și simțea că îi este rușine. În mod curios, povestea aceste evenimente fără prea multe emoții. Cînd l-am întrebat unde erau sentimentele absente, a conștientizat absența anxietății privind rezolvarea problemei. Bineînțeles, tiparul trebuia întrerupt pentru a avea succes.

Acest cadru medical trebuia să găsească o modalitate de a-și gestiona atitudinea mentală cu privire la locul de muncă și să-și schimbe starea trupului pentru a întrerupe episoadele de

mîncat compulsiv. A afirmat că mereu se simțea extenuat înainte să mănînce compulsiv. A fost de acord să folosească o tehnică de relaxare pentru a-și calma corpul și pentru a avea o stare pozitivă.

Pacientul era cooperant și a folosit tehnica de relaxare în fiecare seară, înainte să plece de la serviciu. Prin intermediul procesului de intrare ajungea la o stare pozitivă de relaxare și confort și a redescoperit capacitatea de a alege conștient să meargă direct acasă. A evitat cu succes opririle pentru a mînca, pînă cînd a avut o zi deosebit de supărătoare și stresantă la serviciu. A mîncat compulsiv din nou. Evident, se impuneau măsuri mai drastice.

La următoarea ședință, am rugat pacientul să numească persoana sau persoanele pe care le ura cel mai mult. După ce s-a gîndit mult, a spus că probabil era vorba despre Partidul American Neonazist. L-am întrebat ce ar face dacă ar fi motivat să preia controlul și să-și gestioneze altfel greutatea. A răspuns că probabil ar putea slăbi cu ușurință cîte 0,5 kilograme pe săptămînă, fără nici o dificultate sau fără sentimentul că se privează de ceva și că s-ar putea abține de la mîncatul compulsiv. I-am spus apoi să-și scoată carnetul de cecuri și să scrie un cec în valoare de 1.000 de dolari pentru Partidul American Neonazist și să mi-l încredințeze. S-a albit la față. I-am spus că, dacă nu-și poate respecta angajamentul, cecul va fi expediat. Putea chiar să-și imagineze că va fi înscris pe lista celor cărora grupul le trimitea corespondență și că va primi materiale specifice. Ce avea să creadă poștașul? Vestea va ajunge oare și la urechile rabinului său? Desigur, putea da vina pe terapeutul său. Dar aveau să-l creadă cu adevărat? Ce urmau să gîndească vecinii săi evrei? Dar familia și prietenii?

— Poate vă imaginați svastica rotindu-se în spatele dumneavoastră și o rază de lumină coborînd din centrul ei de fiecare dată cînd vedeți un aliment nesănătos sau un local fast-food. V-ați găsit inspirația?

Fiindcă nu știam adresa grupului neonazist, l-am rugat pe pacient s-o caute pe internet. La următoarea ședință avea adresa și mi-a spus că a căutat-o pe internet noaptea tîrziu, ca să nu știe nimeni din familia sa. A slăbit 1,5 kilograme în prima săptămînă. Anxietatea pozitivă motivantă era acum activată, iar la evaluarea de după un an și jumătate pacientul a afirmat că nu mai mîncase compulsiv.

Controlul alimentației și exercițiile fizice

Pacientul a început să mănînce de cîte cinci ori pe zi, incluzînd o sursă de proteine și o sursă de carbohidrați complecși la fiecare masă. A fost încurajat să mănînce seara legume fibroase, cu proteine, și să mănînce ultima porție de carbohidrați înainte de ora 17.00. I s-a sugerat să facă exerciții cu greutăți ușoare de trei ori pe săptămînă și cel puțin 20-30 de minute de gimnastică aerobică.

Pacientul a fost învățat ca de fiecare dată cînd efectua exerciții fizice să se vizualizeze slab, bucurîndu-se că alții îi admiră fizicul, și să-și cultive o imagine a lui fiind sănătos și în vîrstă. Și-a dat seama că în trecut, cînd reușise să mai slăbească, se vizualizase obez din nou.

Pentru a-l ajuta în activitatea hipnotică, pacientul a folosit biofeedbackul electroencefalografic sau neurofeedbackul, pentru a exersa crearea frecvenței alfa oricînd voia. Aceasta

este o strategie de învățare care îi permite unei persoane să-și normalizeze undele cerebrale neregulate și să creeze modificările dorite la nivelul comportamental și al funcționării mentale. Exersarea folosind biofeedbackul electroencefalografic este o procedură nedureroasă, neinvazivă. Unul sau mai mulți senzori sînt plasați pe cap și cîte unul la fiecare ureche. Undele cerebrale sînt monitorizate prin intermediul unui amplificator și al unui instrument bazat pe calculator care procesează semnalul și oferă feedbackul adecvat. Acesta este afișat pentru pacient prin intermediul unui joc video, operat prin concentrarea atenției, cu scopul de a menține anumite frecvențe. În cazul problemelor adictive, cum ar fi mîncatul în exces, alfa (8-11 hertzi) și teta (4-7 hertzi) sînt condiționate operant prin emiterea unor sunete care relaxează creierul, de fiecare dată cînd frecvențele corecte sînt menținute (Peninston și Kulkosky, 1989).

În timpul acestui tratament, hipnoza a fost folosită pentru a exersa diverse scenarii în care pacientul făcea alegeri alimentare sănătoase. Sugestiile vizînd echilibrul adecvat de proteine, carbohidrați complecși și legume au fost asociate cu sentimente de confort, încîntare, sațietate și plăcerea provocată de senzația unui corp mai ușor (Blum, Tractenberg și Cook, 1990). Pacientul a reacționat resimțind tot mai puțin stres de la o zi la alta, avînd o dispoziție mai bună și pierzînd în greutate (Fahrion, 1990). Ca rezultat al hipnozei, doi ani mai tîrziu continuă să-și mențină o greutate redusă.

Hipnoza ericksoniană

Cazul prezentat aici ilustrează o serie de principii ericksoniene.

1. Recunoașteți că simptomele sînt adesea contextuale.

Sistemul în care operează persoana poate contribui la menținerea activă a unei probleme. În acest caz, soția pacientului juca în mod neintenționat un rol în consolidarea comportamentului-simptom. El putea fi mînios pe ea și avea un motiv în plus să mănînce compulsiv.

2. Evaluați fenomenul specific negativ de transă folosit pentru perpetuarea problemei.

Ca în cazul multor persoane care au probleme cu greutatea, acest pacient se pricepea să folosească disocierea de senzațiile corporale. Nu putea distinge anxietatea de foame și nu conștientiza sațietatea. Apela la amnezie în cazul episoadelor de mîncat compulsiv și doar mai tîrziu își amintea că se oprise la cîteva restaurante. În timpul transei, i s-a cerut să fie atent la senzațiile corporale și să conștientizeze mai bine de cîte ori se oprise la restaurante și ce anume mîncase. Folosirea asocierii pentru a-l extrage din starea de disociere i-a oferit posibilitatea de a face alegeri mai conștiente.

3. Utilizați și recontextualizați problema, pentru a spori numărul soluțiilor.

Gîndirea pacientului era dominată de dorința de a deține controlul. Cînd simțea că nu mai deține controlul, i-am sugerat că are o capacitate uluitoare de a mînca compulsiv în așa fel încît reușea să-și mențină greutatea. Deși depășea

greutatea ideală cu 45 de kilograme, se menținuse la această greutate în ultimii cinci ani.

Pacientul folosea mîncarea pentru a-și calma anxietatea și pentru a-și exterioriza mînia. Ambele emoții motivante au fost canalizate în mod pozitiv, prin teama că cecul său destinat grupării americane neonaziste ar putea fi expediat. Dorința lui de a beneficia de o revelație magică, de „inspirație", de a deține controlul interior era conectată simbolic cu imaginea unei svastici rotitoare, care emitea o lumină ce îl urmărea.

4. Regăsiți resursele care să conducă la rezolvarea problemei.

Acest pacient avea nevoie de sentimentul unei hotărîri reînnoite pentru a avea succes. Amintindu-și cîteva ocazii în care a simțit intens această emoție, a transferat un afect puternic înspre rezolvarea acestei probleme. Am creat o asociere cu aceste sentimente, sugerîndu-i că propriii săi copii, cînd vor deveni adulți, vor continua să-i observe succesul în fiecare etapă a vieții. Hotărîrea de a rămîne în viața lor și de a avea o relație cu ei a fost asociată cu sentimentul puternic de a dori să-și demonstreze succesul în privința gestionării alimentației. I s-a cerut să aducă o fotografie cu el însuși avînd greutatea ideală și să-și amintească cum se simțea. Această imagine a fost folosită la orientarea ulterioară în timp.

5. Folosiți o orientare viitoare într-o perioadă în care problema va fi fost rezolvată.

În timpul hipnozei, au fost folosite diverse scenarii în care această persoană era mai tînără și se bucura că arată ca în fotografie. În timp ce făcea exerciții și în timp ce mînca, a exersat vizualizarea propriei persoane în ipostaza slabă.

Distorsiunea percepției și pierderea accesului la resursele interne, care pot fi puse pe seama unor evenimente existențiale stresante, pot genera apariția unor comportamente de supraviețuire care au ca scop evitarea anxietății. Ulterior, acest comportament provoacă consecințe negative. Hipnoza ericksoniană poate stimula o capacitate reînnoită de autoreglementare, astfel încît „ai putea să-ți dai seama cine ești de fapt…” (Ferrini, 1991).

Bibliografie

Amen, D.G. (1994). New directions in the theory, diagnosis, and treatment of mental disorders: The use of SPECT imaging in everyday clinical practice. În L.F. Koziol, C.E. Stout (eds.), *The neuropsychology of mental disorders* (pp. 286-311). Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Blass, E., Ciaramitara, V. (iulie 1994). A new look at some old mechanisms in human newborn tastes and tactile determinants of state, affect, and action. *Monographs of the Society for FESE.* Chicago: University of Chicago Press.

Blass, E.M., Fitzgerald, E., Kehoe, P. (1986). Interactions between sucrose, pain and isolation distress. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 26, 483-489.

Blum, K., Tractenberg, M., Cook, D. (1990). Neuronutrient effects on weight loss in carbohydrate binges: An open clinical trial. *Current Therapeutic Research*, 48(2), 217-233.

Bray, G.A. (1992). Pathophysiology of obesity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 55 (supl. 2), 488S-494S.

Cleary, J. *et al.* (1996). Naloxone effects on sucrose-motivated behavior. *Psychopharmacology*, 176, 110-114.

Drewnowski, A., Rock, C. (1992). Taste responses and preferences for sweet high-fat foods: Evidence for opioid involvement. *Physiology & Behavior*, 51(2), 371-379.

Erickson, M. (1983). În E. Rossi, M. Ryan, F. Sharp (eds.), *Healing in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson*, vol. I (pp. 267-268). New York: Irvington.

Fahrion, S. (1990). Self-regulation of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54(2), 217.

Ferrini, V. (1991). Cartea VI: Shadows talking, cartea VII: This other ocean. *Know fish.* Storrs, CT: University of Connecticut Library.

Peninston, E., Kulkosky, P. (1989). Alpha-theta brainwave training and beta-
endorphin levels in alcoholics. *Alcoholism: Clinical Experimental Research*, 13, 271-279.

Stroebel, C. (august 1997). Seminar cu tema „Weight Management Using EEG Biofeedback", New York.

Capitolul 24

Dependențele

Cheryl Bell-Gadsby

Tendința actuală de adoptare a unei abordări de *diminuare a consecințelor negative* în tratamentul dependențelor este atît entuziasmantă, cît și logică. Domeniul dependențelor este într-un proces de schimbare care seamănă îndeaproape cu evoluția terapiei de scurtă durată, centrată pe soluții. „Modelul bolii", tradițional, de tratare a consumului/abuzului de substanțe este restrictiv, rigid și unidimensional. Acest model convențional înghesuie toți clienții într-o singură categorie și le impune un singur principiu de tratament – abstinența. Abordarea „pur și simplu spune «nu»" în tratamentul consumului de droguri și de alcool este clar ineficientă și implică faptul că oricine are dificultăți legate de abuzul de substanțe este lipsit de voință și/sau își neagă problemele.

Principiile ericksoniene ale practicii terapeutice, cum ar fi utilizarea și recunoașterea proceselor naturale, creează un mediu terapeutic caracterizat mai degrabă de acceptare decît de judecare, care se axează mai degrabă pe sănătatea

intrinsecă decît pe patologie. Abordarea lui Erickson pentru tratamentul dependențelor nu era diferită de abordarea sa terapeutică generală: personalitatea, aptitudinile și comportamentele unice ale clientului sînt utilizate pentru a facilita schimbarea. Clienții sînt încurajați să-și amplifice forțele, accesînd resurse interioare și abilități care au fost probabil latente sau inactive dintr-o varietate de motive. Prin urmare, terapeutul este un aliat sau un antrenor care ajută clientul să creeze împreună cu el soluții unice și adaptate la problemele nerezolvate anterior și la tipare de comportament blocate.

În studiile lui Erickson există multe exemple legate de tratamentul dependențelor. Toate se axează pe acceptarea clientului conform spuselor acestuia și pe utilizarea a ceea ce este prezentat la începutul terapiei. Un astfel de caz implica un bărbat care avea probleme cu alcoolul și lucra și locuia la mică distanță de cîteva baruri. Nu putea să meargă pe jos sau să treacă pe stradă cu autobuzul, în drum spre locul său de muncă, fără să intre într-un bar. Într-o conversație cu acest bărbat, Erickson i-a arătat că el (clientul) se simțea complet liber și avea intenții bune cînd ieșea din casă și că ar fi putut s-o ia pe alt drum, mai lung, pe unde nu erau baruri. Erickson i-a sugerat să treacă la distanță de un cvartal de un bar, fără să intre în acesta. În curînd a reușit să meargă pe partea de vizavi a străzii fără să intre în bar și, în cele din urmă, a putut merge în susul și în josul străzii, pînă cînd a reușit să meargă „liber” pe străzile pe care erau barurile.

„La final, a spus: «Pot merge pe strada asta». Dar de ce să nu poată? Era un cetățean liber cînd a ieșit din casă” (Haley, 1985, pp. 113-114). Evident, Erickson valida bunele intenții ale

bărbatului de a nu bea, precum și libertatea lui de a înceta să bea. Pe parcursul conversației sale cu clientul au fost folosite multe sugestii indirecte, precum și sprijinul pozitiv și validarea dorinței lui de a-și schimba comportamentul.

Ar fi frumos dacă am avea cu toții astfel de exemple elegante de intervenții scurte, de succes în practica noastră. Deși poate nu înregistrăm rezolvări atît de rapide ale problemelor de adicție (sau ale oricăror alte probleme), și noi putem utiliza aceste principii ale acceptării și utilizării, în scopuri asemănătoare. Unul dintre ingredientele esențiale ale succesului intervențiilor centrate pe soluții, ilustrat în exemplul anterior, este întreruperea tiparelor. Erickson a demonstrat acest lucru într-o diversitate de moduri și la multe niveluri, de-a lungul activității sale. Fiind curios, descoperind cum se comportă fiecare persoană și modificîndu-i comportamentul într-un anumit mod, noi (clientul și terapeutul) putem începe să schimbăm tiparul problematic și să creăm împreună modalități existențiale alternative.

Acordînd atenție elementelor pe care fiecare persoană le aduce în biroul terapeutului și observînd cum interacționează aceasta cu mediul său intern sau extern, terapeutul poate pava drumul spre schimbarea dorită. „Cînd pacienții vin în biroul meu, îi întîmpin cu mintea deschisă și îi analizez ca să văd cine sînt, ce sînt și de ce sînt, fără să consider nimic de la sine înțeles.” (Haley, 1985, p. 114) E ca și cum terapeutul ar fi un detectiv care ajută clientul să aranjeze toate piesele unui puzzle, pînă cînd misterul este rezolvat.

În volumul *Working with the Problem Drinker: A Solution-Focused Approach*, Insoo Kim Berg și Scott D. Miller au scris despre evoluțiile recente în tratamentul problemelor legate de

alcool și despre abordarea utilizării. Ei pun accent pe faptul că „această concepție contrastează clar cu cea a abordărilor tradiționale ale tratamentului abuzului de alcool, care se bazează în mare parte pe acceptarea de către client a cadrului de referință al *terapeutului* și/sau al modelului de tratament și apoi pe lucrul în acest cadru” (1992, p. 7).

Modelele tradiționale îi consideră pe alcoolici ca fiind toți la fel. „Fiecare persoană care are o problemă cu alcoolul este *diferită*... Spre deosebire de abordarea nediferențiată specifică tratamentelor tradiționale ale abuzului de alcool, terapia centrată pe soluții, care se concentrează intens asupra a ceea ce dă rezultate, ajută clienții să identifice și apoi să implementeze propriile lor planuri individualizate pentru recuperare.” (Miller și Berg, 1995, p. 16)

Deși există o tendință tot mai amplă de folosire a tratamentului centrat pe soluții al dependențelor, deoarece acesta este un domeniu nou, încă nu sînt disponibile o diversitate de studii care să permită evaluarea rezultatelor pozitive. Berg și Miller (1992) citează numeroase studii care susțin succesul programelor scurte *versus* cel al programelor tradiționale pentru abuzul de alcool. „În plus, unele studii recente din domeniul terapiei scurte arată că acei clienți care abuzează de alcool pot înregistra rapid schimbări pozitive, doar prin intervenții minime sau scurte, în care tratamentul este țintit, individualizat și centrat pe soluții [Berg și Gallagher, 1991; Hester și Miller, 1989; Institute of Medicine, 1990].” (p. xix)

Evoluția gradată, dar constantă spre o abordare mai pozitivă, respectuoasă, centrată pe soluții a dependențelor ne permite să analizăm dependența într-un context holistic. La

rîndul său, acest fapt facilitează concepția mai integrată și multidisciplinară vizînd consumul de substanțe. Deschiderea de care dă dovadă abordarea ericksoniană se pretează introducerii unei diversități de metode alternative de vinde-care. Prin urmare, nu mai sîntem limitați la fragmentarea minții de corp. De asemenea, valul recent de studii referitoare la minte-corp a ajutat la relaxarea parametrilor rigizi ai concepției modelului medical tradițional conform căruia dependența este o boală. Hipnoterapia ericksoniană a subliniat mereu importanța echilibrului și a interconectării tuturor sistemelor senzoriale.

Și Rossi (1986/1993, 1996) citează numeroase cazuri de tratament al dependențelor în care a introdus conexiunea minte-corp pentru a modula această abordare. Identificînd ritmurile ultradiene[1] ale acestor clienți și asocierea lor cu pofta de anumite substanțe, Rossi folosește inducția hipnotică pentru a stabili dacă sentimentele și poftele pot fi schimbate sau nu.

Rossi lansează ipoteza conform căreia ritmurile ultradiene constituie o fereastră prin care putem vedea tiparele haotologice[2] ale informațiilor și ale comunicării la toate nivelurile, de la minte la gene. Acesta este fundamentul științific al observației comune conform căreia „mintea” poate influența „corpul” și viceversa. Activitatea hipnoterapeutică facilitează vindecarea minții-corpului, prin optimizarea fluxului transducției sau a comunicării informațiilor dintre nivelul cognitiv-comportamental al minții spre moleculele mesager hormonale și spre genele corpului (Rossi, 1996, p. 328).

Ipoteza lui Rossi este confirmată de studiile actuale care consideră că afecțiunile psihosomatice și stresul își au originea în „abuzarea cronică a ritmurilor noastre naturale de activitate și odihnă a minții-corpului” (Rossi, 1996, p. iii). De asemenea, autorul analizează importanța învățării în recunoașterea indicilor naturali care ne semnalează să luăm pauze scurte de-a lungul zilei, pentru a evita stresul cronic și alte simptome și probleme fiziologice, inclusiv dependențele. Din experiența mea legată de lucrul cu clienți care abuzează de substanțe, această capacitate de a se evalua pe sine este un pas esențial în identificarea și modificarea tiparelor dependențelor.

Candice Pert, cercetătoare în domeniul neurologiei, a efectuat studii inovatoare cu privire la modul în care substanțele chimice din corpul nostru construiesc o rețea informațională ce conectează mintea cu corpul. Creierul și sistemul imunitar emit mereu semnale unul către celălalt, folosind adesea aceleași trasee. Astfel s-ar explica de ce dispoziția mentală a unei persoane îi influențează sănătatea și de ce hipnoterapia poate fi esențială în stimularea schimbării. Toate aceste informații noi sprijină și ilustrează cît de inovatoare a fost și este abordarea utilizării, a lui Erickson, și faptul că bazele puse de el ne pot ajuta să înțelegem și să integrăm descoperirile actuale despre modul în care aceste informații noi ne permit să conectăm mintea cu materia.

Dacă sîntem de părere că fiecare persoană are în sine soluțiile problemelor cu care poate se confruntă și că inconștientul tinde să caute în mod natural sănătatea, nu mai sîntem limitați la o abordare șablonardă a terapiei. Putem integra o diversitate de tehnici și de modalități în concepția

anterior unidimensională privind dependențele. Decît să fim lipsiți de apărare în fața unei dependențe și să cedăm în fața faptului că persoanele care se confruntă cu aceste probleme sînt neputincioase, putem considera că fiecare persoană are capacitatea de a interveni și de a-și asuma un rol activ în propria sa vindecare.

Mulți ani, mi-a fost jenă să mă identific drept terapeut care lucrează cu cazuri de dependență. A trebuit însă să-mi analizez mai realist cazurile, pe măsură ce a devenit evident că, deși clienții pot să nu manifeste probleme de adicție, o mare parte din activitatea mea se axa pe consumul/abuzul de substanțe. În ultimii opt-zece ani, activitatea mea s-a concentrat pe domeniul traumei și al abuzurilor din copilărie. Acești clienți au învățat să supraviețuiască disociind și anesteziindu-se prin intermediul utilizării unei diversități de substanțe și obiceiuri. Fiindcă beneficiasem de o instruire ericksoniană, nu mă simțeam confortabil să le etichetez strategiile de adaptare ca fiind „disfuncționale". Am învățat să respect mult aceste strategii de adaptare, considerîndu-le modalități necesare de adaptare la medii și circumstanțe nenaturale sau nesănătoase. Provocarea a constat mereu în validarea și recunoașterea acestor comportamente problematice și recontextualizarea lor, astfel încît să devină ansambluri de aptitudini mai adaptate și mai benefice.

Următoarele afirmații fundamentale pe care se bazează această activitate sînt relevante pentru utilizarea acestor principii în terapie (Zeig, 1990, p. 372):

- Intenția binevoitoare a practicianului. Prin aceasta se presupune că întreaga vindecare are loc în spațiul sinelui și poate fi asistată de terapeut, dar că terapeutul respectă

modul în care îl călăuzește clientul și evaluează și utilizează orice îi prezintă acesta.

- Inconștientul conține soluții ale problemelor, iar acestea pot fi recuperate pentru a contribui la facilitarea sănătății și funcționării optime.
- Prin metafore și alte tipuri de sugestii indirecte, terapeutul poate facilita o serie de răspunsuri interne care pot genera schimbarea dorită. Schimbarea poate sau nu să fie evidentă sau imediat măsurabilă ori observabilă.
- Terapeutul facilitează o reorganizare a lumii interioare a clientului, astfel încît acesta să poată considera viața mai puțin problematică, simptomul putînd să nu mai fie așadar necesar.
- Inconștientul tinde să fie benign și vizează în general sănătatea.

Cum pot fi aplicate toate acestea în tratamentul dependenței? Studiul hipnozei m-a învățat că, atunci cînd emoțiile se dezlănțuie nestînjenite și toate sistemele din minte-corp sînt în echilibru, persoana funcționează în mod sănătos. Majoritatea clienților care au probleme cu dependența se consolează folosind diverse substanțe, inclusiv medicamente prescrise și alcool, pentru a se amorți astfel încît să nu mai perceapă experiențele și sentimentele copleșitoare și perturbante. Conform studiului lui Candice Pert, „cînd emoțiile sînt reprimate, negate, cînd nu li se permite să fie ce pot fi, căile rețelei noastre sînt blocate, oprind fluxul senzației vitale de bine, unificînd substanțele chimice care ne guvernează atît biologia, cît și comportamentul” (1997, p. 273). Prin urmare, drogurile și alte substanțe afectează multe circuite naturale care contribuie la menținerea funcționării

echilibrate a rețelei psihosomatice. Hipnoterapia poate contribui la deblocarea acestor procese naturale și poate ajuta clientul să se vindece pe multe niveluri.

După cum ne-a învățat Erickson, primul pas în procesul vindecării este evaluarea specificului problemei, obținînd informații relevante de la client și observînd atent ce prezintă el în cadrul ședinței. Deoarece fiecare client este unic sub aspectul manifestării comportamentelor și reacțiilor problematice, este important să introducem conceptul curiozității cu privire la modul în care clienții „efectuează" problema. Acceptînd ceea ce prezintă clientul ca fiind valid în contextul experienței sale, terapeutul poate pregăti recontextualizarea aptitudinilor problematice de adaptare, cum ar fi abuzul de substanțe, și poate oferi un mediu caracterizat prin speranța de a se schimba.

După ce problema este descrisă, clinicianul poate contribui la identificarea tiparelor și apoi le va asocia cu experiențe și reacții fiziologice, inclusiv cu materiale emoționale care nu au intrat, poate, în raza atenției conștiente de ceva timp. Am observat că cei mai mulți clienți sînt extrem de înfricoșați cînd sînt nevoiți să înfrunte multe dintre problemele fundamentale care îi determinaseră să se îndrepte spre abuzul de substanțe. Originile lor sînt adesea traume din trecut generate de abuz sau de alte experiențe existențiale. Prin urmare, este esențial să ajute la autoalinarea lor în moduri mai benefice, cum ar fi relaxarea profundă sau transa. Nu este necesară procesarea conștientă a materialului sau a experiențelor traumatice. Într-adevăr, aceasta poate avea ca efect retraumatizarea clienților și alte abreacții. Terapeutul poate accesa, recontextualiza și

elimina materialul problematic prin intermediul sugestiilor indirecte și al metaforelor.

Înainte să introduc hipnoza, încep prin a-mi prezenta convingerile, explicațiile și experiența în legătură cu procesul vindecării și modalitățile în care folosesc hipnoza pentru a facilita schimbarea. Invitîndu-i pe clienți să discute și să exploreze noi posibilități și validîndu-i drept experți în propriile lor vieți, terapeutul contribuie la crearea unei atmosfere de speranță care pregătește inducerea, prin forțe comune, a schimbării. De asemenea, se consolidează raportul și încrederea în relația cu clientul și se presupune indirect că schimbarea este posibilă.

Iată un cadru elaborat de autor pentru a descrie procesul tratamentului.

Procesul de planificare a tratamentului centrat pe soluții

Elemente și întrebări fundamentale

1. Ce aspect (aspecte) al (ale) vieții clientului necesită schimbări? Unde vrea clientul să facă schimbări? „Unde te vezi ajungînd peste șase luni?”

   Stabiliți obiective:

   Dificile:

   • Renunțarea la alcool, fumat, mîncat compulsiv;

- Identificarea uneia sau mai multor aptitudini care trebuie recunoscute, dobîndite sau reactivate.

Ușoare

- Cum se va simți și va acționa diferit clientul?
- Cum veți ști că lucrurile s-au schimbat în bine?

2. Cum va ajunge clientul acolo unde își dorește?

Identificați strategii și instrumente:

Instrumente existente

- Ce anume face deja clientul și este benefic?
- Identificați și explorați puncte forte și abilități deja existente.

Instrumente noi

- Ce aptitudini noi și adaptabile pot fi adăugate pentru a face față problemei?
- Întreruperea tiparelor, resurse interioare.
- Hipnoză, imaginar ghidat.
- Relaxare.
- Restructurare cognitivă.

3. Ce resurse vor fi necesare și cum puteți ajuta clientul să acceseze resursele interioare pentru a atinge scopurile tratamentului?

- Hipnoză.
- Metaforă adaptată.
- Alinierea corpului și relaxare.

4. Unde și cum va simți clientul schimbarea? Ce va fi diferit?

- Ce aspecte ale vieții clientului vor fi diferite?
- Cum ar putea gîndi, acționa, reacționa și înțelege clientul viața sa într-un mod diferit?

5. Care sînt costurile și beneficiile acestei schimbări (prezente și viitoare)?

    - Cum se va schimba statu-quoul (relații, rutine, serviciu)?
    - Cum se va schimba experiența internă a clientului?
    - Cum pot fi menținute schimbările?
    - Cum pot fi folosite și generalizate pe viitor aptitudinile nou învățate?

Cazul următor este un exemplu al integrării unei utilizări de tip ericksonian și al abordării naturaliste.

Fișă de caz

Problema cu care se prezintă clienta

Leslie, o asistentă medicală de 45 de ani, cu istoric de depresie și consum de substanțe, a primit recomandare de la medicul de familie să apeleze la un terapeut, după ce a urmat cîteva programe de tratament cu internare care nu au avut un succes de durată. Cînd a început terapia, avea concediu medical prelungit de la spitalul unde lucrase cîțiva ani. Familia de origine o considera pe Leslie deprimată, capricioasă și alcoolică. Mama ei, care suferise la rîndul ei de depresie și abuzase de alcool, murise în urmă cu cîțiva ani. Leslie era presată de sora și de tatăl ei să renunțe la alcool, altfel risca să nu mai beneficieze de nici un sprijin financiar

sau emoțional de la familia ei. Leslie lua totodată antidepresive și tranchilizante prescrise de psihiatrul ei.

Tratamentul

Pe parcursul primei ședințe, am discutat cu Leslie despre istoricul ei de depresie și abuz de substanțe. Ea identificase deja scopurile terapiei – să se lase de băut și, dacă era posibil, să-și gestioneze depresia fără să apeleze la medicamente prescrise. Un avantaj secundar ar fi o relație îmbunătățită și trainică cu tatăl și cu sora ei. I-am analizat simptomele și tiparele fiziologice, precum și nevoile și reacțiile emoționale. După o discuție despre hipnoză, a fost folosită o scurtă inducție hipnotică, la cererea clientei. Aceasta a inclus unele sugestii vizînd relaxarea și imaginarul, iar Leslie a fost îndrumată printr-o serie de sugestii precum: *Ar fi interesant să vă imaginați că sînteți altfel, mai relaxată. Unde v-ați afla? Ce ați face? În ce parte a corpului ați simți cel mai intens asta? Prin ce ar diferi comportamentul dumneavoastră? Dar felul de a vorbi? Cum ați ști că s-a schimbat ceva?*

Următoarele trei ședințe s-au centrat pe:

- Identificarea punctelor forte, a succeselor, a aspectelor care o bucură și o interesează.
- Validarea motivației lui Leslie de a se simți bine.
- Identificarea tiparelor și a asocierilor comportamentale ale consumului de substanțe și ale depresiei – cînd, cum, unde și cu cine?
- Introducerea unor instrumente noi: autohipnoza și tehnicile de relaxare.

Au fost preferate hipnoza și folosirea metaforei. Metaforele au fost create ținînd cont de scopurile tratamentului și utilizînd informațiile obținute în ședințele anterioare. Temele au fost dobîndirea puterii și eliberarea de controlul emoțional și fiziologic (cel al dependențelor, precum și cel exercitat de familie). Au fost utilizate metafore despre natură, cicluri și schimbări de anotimp, deoarece lui Leslie îi plăcea să se plimbe și acesta era unul dintre obiceiurile ei sănătoase. De asemenea, avusese succes în cariera de asistentă medicală pentru mulți ani, acesta fiind pentru ea un motiv de mîndrie și împlinire. Prin urmare, a fost utilizat și acest fapt, ea fiind invitată *să-și amintească sentimentul acela de împlinire și de mîndrie simțit cînd a absolvit facultatea.* A fost utilizată motivația ei de a se schimba, amintindu-i-se în timpul transei/tratamentului despre dorința ei de a face asta și asociindu-se această dorință cu succesele anterioare și cu obiceiurile sănătoase din viața ei. Au fost făcute sugestii specifice: *Simte-te liberă să renunți la orice ți-ar plăcea să clarifici, să lași în urmă și să-ți menții senzațiile de confort și de autoapreciere. Desprinde-te de orice lucru la care vrei să renunți, de fiecare dată cînd expiri, și păstrează restul*, precum și: *Lasă relaxarea să se aprofundeze și continuă ori de cîte ori este necesar, ca să elimini tensiunea, stresul și poftele*.

Pe parcursul acestui proces, terapeutul a acordat atenție oricăror indici vizibili (respirația, modificarea culorii feței, expresia facială, mișcarea ochilor etc.) și i-a utilizat pentru a intensifica transa/tratamentul.

În ședințele ulterioare a utilizat ancorarea[3], pentru a asocia starea „liniștită” dorită cu capacitatea de a accesa puncte forte în mod continuu, în momentele cînd simțea că i

se declanșează dorința de a consuma alcool. Leslie purta un inel, un obiect prețios care îi aparținuse mamei ei; acesta a fost utilizat în procesul de ancorare, pentru a evoca gînduri și sentimente liniștitoare asociate cu mama ei (și pentru a recontextualiza mesajele negative și critice dinspre familia ei, referitoare la mama ei și la consumul de alcool).

Procesul a fost consolidat în cîteva ședințe suplimentare; de asemenea, au fost normalizate și gestionate reacțiile permanente ale familiei ei și unele piedici periodice legate de noile ei comportamente și emoții. După aproximativ 14 ședințe, Leslie își crease un nou tipar al sănătății care includea capacitatea de a rezista la consumul de alcool cînd apăreau vechii stimuli. Multe simptome ale depresiei cu care se confruntase anterior s-au diminuat. Cîteva ședințe de hipnoză au fost înregistrate, astfel încît Leslie să le poată asculta acasă și să reconsolideze activitatea terapeutică în intervalele dintre ședințe. Acest fapt a fost deosebit de util pentru a facilita întreruperea tiparelor între ședințe, precum și pentru a-i atesta capacitatea de a se alina singură în moduri mai sănătoase. Leslie și-a menținut noul comportament, iar acum nu mai ia tranchilizante. Ea continuă să lucreze la îmbunătățirea stimei de sine pentru a nu mai avea nevoie de antidepresive.

Cazul de mai sus reprezintă o versiune concentrată a procesului, dar ilustrează posibilitățile folosirii sale pentru alte obiceiuri, dependențe și probleme psihoterapeutice. De asemenea, trebuie să remarcăm faptul că nu tuturor clienților le este confortabil să încerce hipnoza. Totuși, mulți devin destul de curioși pentru a o testa în cele din urmă și toți au de

cîștigat de pe urma efectului ei relaxant, după ce se simt suficient de confortabil pentru a avea această experiență.

Pe scurt, este evident că domeniul dependențelor poate beneficia mult de pe urma tuturor dimensiunilor menționate ale unei abordări ericksoniene centrate pe soluții și că mai multe studii și evaluări ale rezultatelor vor confirma tendința tot mai amplă de a utiliza abordarea integrată minte-corp pentru a ajuta clienții să devină mai conștienți de tiparele lor problematice și să implementeze schimbări de durată care să le amplifice calitatea vieții și să le dea puterea necesară să-și rezolve problemele.

Cinci idei practice

- ► Validați, motivați și utilizați experiența clientului.
- ► Accesați și amplificați conștientizarea proceselor naturaliste.
- ► Utilizați și amplificați integrarea conexiunii minte-corp.
- ► Validați și evidențiați reacții și tipare noi.
- ► Exersați și promovați noi învățăminte și comportamente.

Bibliografie

Alcoholics Anonymous (1952). *Twelve steps & twelve traditions.* Alcoholics Anonymous World Services.

Bandler, R., Grinder, J. (1975). *Structure of magic.* Palo Alto, CA: Science & Behavior.

Bell-Gadsby, C., Siegenberg, A. (1996). *Reclaiming herstory: Ericksonian solution-focused treatment for sexual abuse.* New York: Brunner/Mazel.

Berg, I.K., Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach.* New York: Norton.

Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. I: *Changing individuals.* New York: Triangle.

Institute of Medicine (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems.* Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Miller, S.D., Berg, I.K. (1995). *The miracle method: A radically new approach to problem drinking.* New York: Norton.

Pert, C.B. (1997). *Molecules of emotion: Why you feel the way you feel.* New York: Scribner.

Rossi, E. (1986/1993). *The psychobiology of mindbody healing* (ed. rev.). New York: Norton.

Rossi, E. (1996). *The symptom path to enlightenment.* Pacific Palisades, CA: Palisades Gateway.

Zeig, J.K. (1990). Ericksonian psychotherapy. În J.K. Zeig, W.M. Munion (eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 371-377). San Francisco: Jossey-Bass.

Lecturi recomandate

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Miller, S.D., Berg, I.K. (1995). *The miracle method: A radically new approach to problem drinking.* New York: Norton.

Pert, C.B. (1997). *Molecules of emotion: Why you feel the way you feel.* New York: Scribner.

Rossi, E. (1986/1993). *The psychobiology of mindbody healing* (ed. rev.). New York: Norton.

Rossi, E. (1996). *The symptom path to enlightenment.* Pacific Palisades, CA: Palisades Gateway.
Weil, A. (1997). *Eight weeks to optimum health.* New York: Knopf.

1. Ritmurile ultradiene, termen inventat de cronobiologul Franz Halberg,
   sînt considerate în general ca avînd 20 de ore sau mai puțin; ele descriu ritmuri mai rapide sau mai frecvente decît ritmul circadian (care durează aproximativ o zi). Ritmul cardiac, respirația și undele cerebrale sînt exemple de ritmuri ultradiene (Rossi, 1996, p. 328).
2. Procesele haotologice sînt cele în care dinamica nonliniară a haosului determinist îngreunează anticiparea comportamentului de-a lungul unor perioade mari (Rossi, 1996, p. 332).
3. Ancorarea este termenul folosit de Richard Bandler și John Grinder (1975) pentru a descrie apariția frecventă a asociațiilor anumitor stări interne cu stimuli externi specifici. Este vorba despre reacția condiționată la stimuli. O atingere sau un semnal de un anumit fel poate fi folosit pentru a fi asociat cu o experiență sau cu o reacție dorită.

Capitolul 25

Stimularea performanței în sport, în activități intelectuale și în viața de zi cu zi

Ronald A. Havens, Catherine Walters

Scopul nostru în acest capitol este să descriem o tehnică hipnotică pe care o folosim pentru a ne ajuta clienții să-și amplifice performanțele în aproape toate întreprinderile lor. Abordarea noastră rămîne constantă, în general, indiferent de domeniul existențial pe care o persoană vrea să-l îmbunătățească. Fie că un client vrea să-și perfecționeze scorul la golf, să devină un agent de vînzări mai bun, să dobîndească noi aptitudini interpersonale sau pur și simplu să se simtă mai bine sub aspect emoțional, ședințele sînt efectuate predominant în aceeași manieră.

Stimularea performanțelor viitoare

După un interviu inițial de diagnoză, pentru a stabili care sînt motivele persoanei care vine la terapie și ce-și dorește să realizeze, folosim hipnoza pentru a clarifica gîndurile, senzațiile, emoțiile și comportamentele pe care le asociază aceasta cu rezultatul dorit. În timpul acestei ședințe de transă, clientul este instruit să-și imagineze cum s-ar simți dacă și-ar atinge scopul dorit și să analizeze toate elementele acestor situații imaginate, inclusiv evenimentele care au condus la ea. Utilizarea propriilor învățăminte și revelații experiențiale ale persoanei în stabilirea rezultatului tratamentului garantează că se ține cont de obiectivele specifice, personalitatea și trecutul ei și că schimbările prescrise sînt într-adevăr adecvate activității analizate.

Pe de altă parte, rezerva de învățăminte și revelații experiențiale ale clientului nu reprezintă singura sursă posibilă de îndrumare în acest moment. Dacă este necesar, în procesul sugestiilor hipnotice pot fi integrate și informații relevante din literatura de specialitate. De exemplu, un corpus tot mai amplu de studii arată în mod consecvent că, practic, succesul în orice inițiativă, inclusiv în viața de zi cu zi, depinde de o atitudine optimistă și de sentimentul pozitiv de autoeficiență (de exemplu, Taylor, 1989; Maddi și Kosaba, 1984). Prin urmare, includem în mod obișnuit sugestii referitoare la aceste atitudini, pe măsură ce persoana își dezvoltă experiența imaginată a unui rezultat de succes.

De asemenea, includem sugestii menite să promoveze o stare de atenție foarte concentrată. Evident, atenția trebuie orientată asupra unei activități, pentru a o efectua cu un

anumit grad de succes. Este mai puțin evident și mai puțin cunoscut faptul că o anumită stare de atenție extrem de concentrată este asociată de obicei cu performanțe excepționale în practic orice domeniu. De exemplu, Gallwey (1974) îi învăța pe jucătorii de tenis și de golf să intre într-o stare de „concentrare relaxată” pentru a-și îmbunătăți jocul. Lozanov (1978) a descoperit că elevii puteau învăța o limbă străină mai eficient dacă intrau într-o stare asemănătoare, pe care a numit-o „pseudopasivitate armonioasă”, iar Gilligan (1987) a atribuit „spontaneitatea controlată”, observată frecvent în performanțele muzicienilor profesioniști, ale sportivilor și psihoterapeuților, acestei stări de atenție absorbită. Zeig (1985) a descris felul în care se pare că anticipa Erickson cîștigătorii unei competiții sportive. El îi alegea pe cei care „se încordau și se concentrau”. Șoferii de curse numesc această stare „flux”, iar sportivii folosesc în general expresia „a intra în stare”. Ținînd cont de asemănarea dintre această experiență și atenția absorbită tipică stării hipnotice, este natural și util să introducem o descriere a acesteia drept rezultatul dorit al terapiei, în cazul majorității clienților.

În plus, activitățile individuale, cum ar fi trasul la țintă, necesită o concentrare a atenției intensă, internă, în vederea unor performanțe maxime (Maxeiner, 1987), în timp ce sporturile în echipă necesită o concentrare mai difuză, externă (Nettleton, 1986). Cînd sînt disponibile astfel de informații referitoare la scopul avut în vedere, ele sînt adăugate concepțiilor clientului, prin intermediul sugestiilor pe care le facem despre obiectivul-stare.

Pașii exacți implicați în această intervenție sînt următorii:

1. Efectuați inducția transei sau orice altă procedură menită să stabilizeze și să redirecționeze atenția clientului spre interior. În mod ideal, persoana va avea o atitudine receptivă, observînd pasiv, înainte ca terapeutul să treacă la pasul următor.
2. Explicați-i persoanei că, așa cum poți să-ți amintești și să retrăiești o experiență din trecut, este posibil și să-ți folosești imaginația pentru a-ți „aminti” un eveniment care încă nu s-a întîmplat. Adăugați repede că poate, de exemplu, să-și „amintească” cum se va simți atunci cînd își va da seama că a realizat orice a determinat-o să vină la terapie. Indicați faptul că deja știe cum se va simți cînd va reuși să facă lucrul acesta și sugerați-i ca acum să fie atentă la acele sentimente și senzații. În timp ce persoana le identifică și începe să înțeleagă cum e să ai succes, pot fi oferite sugestii vizînd diverse aspecte ale experienței, cum ar fi sentimentul de satisfacție, bunăstare sau entuziasm.
3. După ce clientul începe să identifice și să trăiască emoțiile și senzațiile asociate cu realizarea scopului dorit, experiența este amplificată și clarificată, cîte un parcurs senzorial pe rînd. Detaliile despre situația viitoare sînt completate treptat, spunîndu-i clientului să fie atent la senzațiile fizice, la sunete și la imagini. În cele din urmă, i se spune să ia la cunoștință unde se află, cine mai este acolo, ce dată e și așa mai departe.
4. În timp ce persoana își imaginează detaliat că se află în acea situație viitoare, fericită și satisfăcută de un rezultat de succes, este rugată să-și „amintească” experiența succesului ca atare. Acest pas poate fi omis dacă scopul este o schimbare a stării emoționale sau psihologice, deoarece

identificarea cu precizie a momentului în care survin astfel de schimbări este adesea dificilă, dar, dacă obiectivul este îmbunătățirea performanței unei anumite activități mentale sau fizice, atunci constituie o parte utilă a procesului. Clientul are șansa să „simtă” (și astfel să se pregătească) cum este să funcționeze cu succes, iar terapeutul are posibilitatea de a include sugestii pentru anumite acțiuni sau stări mentale despre care se știe că amplifică performanțele în activitatea respectivă. De exemplu, acesta este un moment potrivit în care să-i sugerați clientului să-și „amintească” cum s-a simțit cînd s-a concentrat fără efort, fără să-i fie distrasă atenția, cum a fost să fie sigur pe sine și totuși să fie uimit de propriile sale abilități. De asemenea, acesta este un moment potrivit pentru a-i sugera să examineze aspecte ale situației care par să faciliteze rezultatele atît de bune, cu alte cuvinte, să devină conștient de orice schimbare de atitudine sau de abordare care, aparent, a contribuit la crearea unui rezultat pozitiv.

5. Pasul următor constă în a-i cere clientului să-și amintească, din acel punct de observație din viitor, unele dintre evenimentele semnificative care au avut loc de-a lungul traseului care începe atunci acolo, în biroul terapeutului, și duce la rezultatul dorit. Aceste evenimente sînt „evaluate” mental pentru a-i „aminti” persoanei ce a condus la rezultatul final sperat și pentru a pregăti apariția lor, dar nu este nevoie ca evenimentele să fie revizuite într-o anumită ordine, nici clientul nu trebuie să înțeleagă neapărat cum anume au contribuit acele întîmplări la deznodămîntul respectiv. De fapt, este cel mai bine dacă

sînt considerate de client drept un ansamblu de evenimente fără legătură între ele, care pur și simplu îi vin în minte. Pe parcursul întregului proces, clientul este încurajat să aștepte ca aspectele experienței să apară pur și simplu, fără să le creeze în mod voit. Chiar dacă ceea ce-i vine în minte nu are sens sau pare irelevant, cum se întîmplă adesea, persoana este rugată să observe pasiv și să permită lucrurilor să se deruleze în orice manieră, fără să intervină sau să încerce să le modifice.

6. În cele din urmă, cînd transa și ședința se încheie, clientului i se spune să uite evenimentele respective și să permită inconștientului să-și asume responsabilitatea pentru transformarea acelor evenimente imaginate în realitate. Deși unii clienți sînt capabili să urmeze sfatul propriului „inconștient” în mod conștient și intenționat, alții tind să modifice lucrurile într-un mod care nu face decît să perpetueze tiparele anterioare de acțiune și reacțiune. Astfel, ori de cîte ori este posibil, este de dorit să provocați amnezia, în privința acelor experiențe, și să oferiți o sugestie posthipnotică pentru realizarea lor finală, în mod aparent spontan. Cînd această sugestie are succes, clienții întreprind activități care conduc la rezultatul dorit, fără să-și dea seama că acționează metodic. Privind în urmă, ei spun de obicei: „Pur și simplu, am mers dintr-una în alta”.

Deși ne-ar plăcea să ne asumăm meritele pentru inventarea acestei abordări, argumentarea și structura fundamentale ale tehnicii prezentate aici derivă direct din activitatea lui Milton Erickson.

Abordarea lui Erickson

În cartea noastră *Hypnotherapy for Health, Harmony, and Peak Performance (*Walters și Havens, 1993) subliniem că Erickson era mai puțin preocupat de ceea ce făceau oamenii greșit în prezent decît de a-i convinge să procedeze corect în viitor. El încuraja dezvoltarea atitudinilor și a comportamentelor care vor avea în cele din urmă drept rezultat adaptarea cu succes și bunăstarea emoțională. El inculca atitudini, stări mentale și comportamente pozitive despre care știa că le vor permite clienților să-și atingă scopurile, fie că acestea vizau îmbunătățirea performanțelor sportive, a performanțelor academice sau a performanțelor din viața de zi cu zi. Erickson se concentra asupra a ceea ce erau capabili oamenii să facă și elabora o diversitate impresionantă de tehnici pentru a-i ajuta să-și construiască un viitor mai bun pentru ei înșiși. Folosea sugestiile hipnotice directe și indirecte, aluziile, anecdotele metaforice și sarcinile de lucru comportamentale directe pentru a-i determina pe oameni să înceapă să gîndească și să se comporte în moduri mai sănătoase, mai productive. Abordarea prezentată aici se bazează pe una dintre numeroasele astfel de tehnici, pe care Erickson o numea „pseudoorientarea în timp” (Erickson, 1954).

Deoarece Erickson elabora de obicei o intervenție terapeutică unică, pentru a corespunde necesităților și personalității fiecărei persoane unice, poate părea oarecum o dovadă de aroganță să-i reducem abordarea la o strategie specifică, pe care s-o aplicăm la o mare varietate de probleme. Credem totuși că procedăm în mod adecvat. Puțini practicieni

pot imita creativitatea sau înțelepciunea lui Erickson și, spre norocul nostru, de cele mai multe ori asta nici nu este necesar. Noi propunem că este posibil, în schimb, să-i folosim tehnica pseudoorientării în timp la aproape toți clienții, deoarece este o intervenție care înglobează esența comună a unor liste aparent nesfîrșite de strategii ericksoniene. Concentrîndu-ne asupra unei abordări hipnoterapeutice ericksoniene deosebit de influente, este posibil să-i condensăm concepțiile și geniul într-o procedură cu care putem lucra.

Pseudoorientarea în timp este una dintre puținele tehnici folosite de Erickson la mai mult de un singur pacient și este unica tehnică a sa care pare utilă pentru aproape toate problemele cu care se prezintă pacienții. În studiul său original despre această tehnică, Erickson (1954) a descris utilizarea ei la cinci pacienți foarte diferiți, toți înregistrînd rezultate de succes. În cele din urmă, fiecare pacient a ajuns să efectueze activitatea pe care o anticipase în cadrul vizualizărilor prin progresia vîrstei, iar fiecare a făcut acest lucru fără să-și dea seama că își respecta rețeta succesului pe care și-o elaborase singur.

În altă publicație (Erickson și Rossi, 1977), Erickson chiar a descris utilizarea acestei abordări pentru sine, pentru a se pregăti pentru situația neplăcută pe care și-a dat seama că o va întîlni în cele din urmă, în calitate de medic. S-a proiectat pe sine într-un viitor imaginar, și-a dat seama cum ar putea face față evenimentelor injuste și neplăcute cu care avea posibilitatea să se confrunte în practica sa și s-a trezit din reverie pregătit să-și continue cariera. Ținînd cont de trăsăturile acestei cariere, putem concluziona cu certitudine că intervenția lui a dat rezultat.

Asemenea majorității intervențiilor lui Erickson, abordarea pseudoorientării în timp le impune clientului și terapeutului să se axeze exclusiv asupra viitorului. În plus, deoarece se axează pe experiența generată chiar de client a atingerii obiectivului dorit, această tehnică se bazează în mare măsură pe propriile învățăminte „inconștiente” și observații ale clientului, pentru a defini atît obiectivul-stare, cît și pașii necesari atingerii acelui obiectiv. După ce se identifică viitorul dorit și pașii care duc acolo, clientul este instruit să uite de el și să-i permită rezultatului să fie atins în mod automat sau „inconștient”. Nici o altă strategie nu pare să surprindă esența abordării ericksoniene mai direct sau mai complet și nici o altă abordare nu pare să aibă succese mai consecvente.

Studiu de caz

Jason, în vîrstă de 17 ani, membru al echipei de atletism a liceului său, a apelat la noi pentru a-și îmbunătăți performanțele în cursa de 1.600 de metri. Antrenorul său i-a sugerat să apeleze la sprijin profesionist deoarece pierdea în mod repetat curse pe care teoretic ar fi trebuit să le cîștige. La antrenamente, timpii săi intermediari erau mereu buni. Însă în timpul concursului era incapabil să mențină un ritm rapid de-a lungul unei curse. Începea și termina în forță, dar întotdeauna rămînea în urmă în turele intermediare și pierdea prea mult teren ca să mai poată recupera și cîștiga. După cum descria Jason, era întotdeauna plin de avînt în prima treime a

cursei, descurajat și gata să renunțe în a doua treime, după care se mînia și încerca să dea din nou tot ce putea în treimea finală.

În acest caz, intervenția a fost destul de simplă și de scurtă. După un proces de inducție, lui Jason i s-a cerut să-și imagineze că vorbește cu antrenorul său, după ce cîștigă o cursă. A reușit să facă acest lucru fără prea mult efort; de asemenea, a fost capabil să redea cuvînt cu cuvînt conversația sa cu antrenorul despre cursă. Apoi i s-a cerut să-și amintească ce anume era diferit, sub aspectul raportării sale la diversele părți ale cursei, și să-i spună inconștientului său să se asigure că aceste gînduri noi aveau să apară în timpul următoarei curse. În cele din urmă, i s-a spus să se trezească fără să-și amintească mare lucru sau chiar nimic din sesiunea de hipnoză. A plecat, promițînd să revină după o săptămînă și să povestească ce s-a întîmplat.

Jason a spus apoi că a cîștigat următoarea cursă, deși nu-și dădea seama cum reușise. După cum a descris-o, era plin de avînt în *prima jumătate* a cursei, iar în *a doua jumătate* era mînios și hotărît, ca întotdeauna. Imediat a devenit evident faptul că încetase să mai dividă cursa în trei. Rezolvase problema descurajării și a oboselii care interveneau în treimea din mijloc a cursei, eliminînd-o pur și simplu din gîndurile sale. Interesant este faptul că-i spusese antrenorului său exact acest lucru, în timpul experienței imaginate în care cîștiga cursa.

Rezumat și concluzii

Performanțele maxime în orice domeniu depind de numeroase variabile, printre care se numără atitudinile, emoțiile, talentele înnăscute și exersarea. Oamenii care au succes își cunosc clar obiectivul realist. De asemenea, ei știu ce trebuie să facă pentru a-l atinge și au voința sau dorința de a face asta. În cele din urmă, au așteptări optimiste privind faptul că vor putea și chiar vor reuși să-și atingă obiectivul; au încredere în ei înșiși și știu cum să nu-și pună singuri piedici. Tehnicile prezentate aici au drept scop să pună aceste ingrediente ale performanțelor de top la dispoziția celor care și le doresc și/sau au nevoie de ele.

Transa hipnotică le permite oamenilor să-și propună scopuri pe care le pot atinge. În timpul transei, grijile, inhibițiile, neînțelegerile, fanteziile sau dorințele nu influențează realizarea unui rezultat viabil. Oamenii pot analiza avantajele sau dezavantajele potențiale ale diverselor lor scopuri și acțiuni, în mod detașat și atent. Rezultatul final este conștientizat brusc, înainte să poată fi cenzurat sau modificat prin intermediul considerentelor conștiente obișnuite. În consecință, viitorul imaginat este aproape mereu compatibil cu necesitățile și capacitățile persoanei respective.

La fel se întîmplă și cînd transa este utilizată cu scopul de a vizualiza o serie de acțiuni sau de evenimente care vor conduce la acel rezultat imaginat. Cînd prejudecățile conștiente sînt depășite, rezultatul final este un ansamblu de activități, revelații sau decizii care sînt destul de adecvate pentru persoana respectivă și care conduc aproape inexorabil la rezultatul dorit. Hipnoterapeuții nu fac decît să ajute

oamenii să descopere ceea ce ei știu deja despre propriile lor capacități și propriul potențial, dar nu au reușit sau nu au fost dispuși să accepte.

Oamenii apelează la ajutorul specialiștilor deoarece își doresc să se întîmple ceva diferit, ceva mai bun. Ei vor să-și schimbe gîndurile, sentimentele, acțiunile și viețile, dar aceste schimbări au loc abia după ce și le pot imagina drept posibile în viitor. Viziunea noastră despre viitor este o hartă rutieră, un program, un principiu călăuzitor care ne modifică acțiunile actuale în moduri care ne conduc spre acel rezultat dorit. Pentru a explica această tehnică a pseudoorientării în timp, Erickson spunea: „Faptele sînt consecința speranței și a așteptărilor” (1954, p. 261). Cînd ne așteptăm la mai multe lucruri de același fel, faptele noastre le creează. Însă cînd ne putem imagina un viitor mai bun atît de clar încît chiar pare posibil, atunci putem începe să gîndim și să ne comportăm în moduri care ne conduc acolo.

Pentru îmbunătățirea performanțelor pot fi folosite multe tehnici diferite, însă puține sînt la fel de directe sau de apte să satisfacă necesitățile și capacitățile unice ale fiecărei persoane ca abordarea prezentată aici. Dacă vreți să-i ajutați pe alții să reacționeze în moduri care să promoveze un viitor mai bun, de ce să nu urmați exemplul lui Erickson? Închipuiți-vă schimbările pe care le vor trăi clienții dumneavoastră, mai întîi în imaginație, apoi în viețile lor. După ce veți fi vizualizat astfel de rezultate, această abordare vă va atrage cu siguranță.

Aspecte de reținut

► Concentrați-vă pe ceea ce va face ca lucrurile să meargă bine în viitor, nu pe ceea ce a făcut ca lucrurile să meargă prost în trecut.

► Nu uitați că oamenii trebuie să știe încotro merg pentru a ajunge acolo. Ajutați-i să-și creeze o imagine clară a unui rezultat de succes.

► Presupuneți întotdeauna că acel client știe la un anumit nivel care sînt cele mai adecvate și mai utile obiective și strategii, dar nu uitați totodată să menționați informațiile relevante din studii.

► Încurajați clientul să se implice în situații viitoare imaginate, gîndindu-se mai degrabă la cum ar fi să aibă succes decît la ce anume ar trebui să facă.

► După ce clientul are o imagine clară a rezultatului de succes și analizează evenimentele care l-au condus în acel punct, sugerați-i că mintea inconștientă poate realiza acum aceste lucruri și că mintea conștientă poate uita cu totul de ele.

Bibliografie

Erickson, M.H. (1954). Pseudo-orientation in time as a hypnotherapeutic procedure. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 261-283.

Erickson, M.H., Rossi, E. (1977). Autohypnotic experiences of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 36-54.

Gallwey, W.T. (1974). *The inner game of tennis.* New York: Random House.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lozanov, G. (1978). *Suggestology and outlines of suggestopedy.* New York: Gordon & Breach.

Maddi, S., Kosaba, S. (1984). *The hardy executive: Health under stress.* Homewood, IL: Dow Jones-Erwin.

Maxeiner, J. (1987). Concentration and distribution of attention in sport. *International Journal of Sports*

Psychology, 18, 247-255.
Nettleton, B. (1986). Flexibility of attention and elite athletes' performance in „fast-ball games". *Perceptual and Motor Skills*, 63, 991-994.
Taylor, S.E. (1989). *Positive illusions.* New York: Basic Books.
Walters, C., Havens, R.A. (1993). *Hypnotherapy for health, harmony, and peak performance: Expanding the goals of psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.
Zeig, J. (1985). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 26

Fiica mea, sinele meu: despre importanța neglijată a propriei experiențe a clinicianului

Joseph Barber

În lumea ericksoniană, strădania noastră de a fi clinicieni mai buni este caracterizată în cea mai mare parte de concentrarea noastră asupra perfecționării tehnicii clinice, mai ales a utilizării limbajului. În acest context, dispunem de o multitudine de oportunități de a învăța cum să folosim limbajul mai eficient și mai benefic, pentru a influența percepția pacientului cu privire la problema sa.

Aș vrea să propun însă o perspectivă diferită asupra ameliorării clinice. Participarea la întrunirile Fundației Erickson timp de aproape 20 de ani, în asociere cu pregătirea și experiența mea din acea perioadă și dincolo de ea m-au determinat să cred că însăși conștientizarea de către clinician a reacțiilor sale perceptuale și emoționale față de pacienți – drept ghid al tratamentului eficient – a fost mult subapreciată. Următorul caz ilustrează importanța neglijată a

experienței clinicianului – nu doar a pacientului – în legătură cu procesul psihoterapeutic.

Deși, în calitate de psihoterapeuți, sîntem obișnuiți cu complicațiile reacțiilor noastre emoționale față de pacienți cînd acestea implică sentimente de mînie ori romantice sau sexuale, cînd am tratat-o pe Andrea am avut sentimente surprinzător de nefamiliare mie, atît sub aspectul conținutului, cît și al intensității, ceea ce mi-a impus o înțelegere mai bună a mea și a pacientei mele, precum și asupra procesului terapiei în curs de desfășurare.

Cazul lui Andrea

Andrea avea 28 de ani, era o femeie înaltă, cu ochii depărtați, sclipind de inteligență și curiozitate. Părea încrezătoare și hotărîtă, cu mintea clară și atenția concentrată. Totuși, cînd am cunoscut-o, am descoperit că era și profund influențată de solicitările și necesitățile altora, care îi provocau adesea neliniști emoționale și confuzie intelectuală. Prin urmare, am simțit nevoia de a echilibra atent nevoia ca tratamentul eficient să fie influent și necesitatea la fel de mare ca influența să derive din propria ei amplificare a conștientizării și a înțelegerii de sine. Cred că acest caz ilustrează faptul că această cerință a fost bine satisfăcută mai degrabă prin integrarea tehnicii hipnotice decît prin evitarea acesteia.

Istoricul ei

Andrea, care își dorea să devină actriță, avusese o serie de roluri de scurtă anvergură în piese de teatru. Se mutase recent pe Coasta de Vest, sperînd să aibă un succes mai mare în televiziune și în cinematografie decît avusese pe Broadway. Apelase la tratament din cauza unei relații de dragoste problematice, a dezamăgirii și a confuziei legate de cariera ei lipsită de satisfacții și din cauza sentimentelor de singurătate și nefericire de durată, generalizate. Am aflat că părinții și frații ei (ea era mezina) erau mereu implicați unii în viețile celorlalți. Deși Andrea se bucura că părinții o iubesc și o sprijină, resimțea totuși latura sufocantă, deranjantă a acestei iubiri, cînd părinții îi dădeau sfaturi insistente cu privire la modul în care s-ar putea ridica la înălțimea așteptărilor lor.

La începutul tratamentului, Andrea locuia într-un apartament împreună cu iubitul ei, Rick, de 42 de ani, care renunțase la o carieră fără succes ca actor, pentru o carieră la fel de lipsită de succes ca scriitor. Rick mergea cu motocicleta fără să poarte cască, consuma alcool în exces, în mod regulat și se certa zilnic cu Andrea. O amenințase fizic de mai multe ori. Andrea considera că dificultățile lor sînt în mare parte din vina ei, fiindcă nu este mai înțelegătoare și nu îl susține mai mult pe Rick, concepție pe care el părea să i-o confirme.

Prima ei relație romantică și sexuală începuse la vîrsta de 14 ani. Ea a caracterizat-o drept intensă emoțional, dureroasă ani de zile. Conform lui Andrea, Dennis era un tînăr original și neliniștit de 16 ani, care avusese o influență foarte mare asupra ei, ce includea agresiuni grave fizice și emoționale. Totuși, se simțise profund înțeleasă și iubită de el și percepuse

un fel de exaltare romantică pe care și-o amintea cu drag și dor și acum, după 14 ani.

Impresiile inițiale

Andrea mi s-a părut atractivă și simpatică, dispunînd de o capacitate imaginativă neobișnuită. Mă îngrijorau însă consumul ei de alcool ca anestezic emoțional și faptul că avea încredere în ceilalți, fără discernămînt, și că nu ținea cont de propriile ei percepții și raționamente.

În timp ce-mi povestea despre istoricul ei și situația ei actuală, Andrea a dezvăluit că are o atitudine complexă, binevoitoare față de ceilalți și un optimism absolut magic cu privire la lume. Această încredere frumoasă, copilărească îi conferise fragilitate: Andrea era lesne surprinsă și rănită de muchiile tăioase ale vieții, pentru care optimismul ei copilăros nu o pregătise.

Problemele clinice ale lui Andrea

Relațiile ei

Relația romantică a lui Andrea cu Rick era nesatisfăcătoare și era a treia relație abuzivă a ei. Toate aceste relații aveau în comun sentimentul ei profund că este responsabilă pentru fericirea celuilalt și ignorarea propriilor ei necesități.

Sugestibilitatea ei

Mintea lui Andrea transforma rapid în realitate tot ce își imagina ea. Spre deosebire de majoritatea oamenilor care pot, de exemplu, să-și imagineze un elefant cînd li se cere acest lucru, pentru Andrea, imaginarea elefantului ar fi implicat o experiență senzorială însuflețită, aproape la fel de intensă de parcă ar fi avut în preajmă un elefant. Cînd își folosea imaginația, distincția dintre fantezie și realitate se estompa.

Evident, pentru o actriță, o imaginație atît de amplă are avantaje clare. Dezavantajul pentru Andrea era că această capacitate făcea ca îndoielile și temerile ei să-i pară extrem de reale. De exemplu, doar imaginîndu-și că întîlnirea cu cineva i-ar provoca emoții inconfortabile, percepțiile și emoțiile ei se dezvoltau de parcă într-adevăr avusese întîlnirea respectivă. La fel, dacă simțea că cineva își exprima o necesitate sau o solicitare, ea o considera reală, dispunînd de o slabă capacitate de reflecție sau de analiză a posibilităților alternative. Dacă majoritatea oamenilor dispun de abilitate imaginativă, imaginația ei era mult mai însuflețită, opera mai rapid și fără lacune, astfel încît eul ei avea capacități de observație mult mai reduse decît cele ale majorității oamenilor.

Cariera ei

Andrea se simțea profund satisfăcută cînd interpreta roluri, mai ales în timpul facultății. Dar lupta acerbă pentru a găsi un loc de muncă bine plătit în domeniul ei făcea ca această alegere a carierei să fie frustrantă și dureroasă. Persevera totuși, datorită satisfacției pe care o simțea cînd avea șansa să

joace un rol. Poate și mai influentă era însă nevoia ei de a satisface ambițiile ratate ale mamei sale. Aceasta renunțase la o carieră de succes în domeniul actoriei pentru a se îngriji de familie, iar Andrea resimțea povara recuperării acelei pierderi. O sursă suplimentară de probleme o constituia capacitatea ei neobișnuită de a intra într-un rol. De exemplu, dacă acesta implica exprimarea nefericirii, a confuziei sau a altor emoții neplăcute, Andrea era apoi bîntuită de aceste sentimente zile în șir.

Familia ei

Andrea avea o legătură profundă și iubitoare cu părinții și frații ei, dar era și adînc deranjată de așteptările lor în ceea ce o privea. Acest fapt a devenit evident cînd Andrea a suferit un atac de panică după ce s-a urcat într-un avion, întorcîndu-se acasă după ce își vizitase familia cu ocazia sărbătorilor. Cînd am explorat această experiență traumatizantă, Andrea a conștientizat că, despărțindu-se de familia ei, a fost marcată de recunoașterea dureroasă a faptului că ei aveau nevoie de ea în moduri pe care ea nu le înțelegea pe deplin, iar asta o deranja, deoarece se simțea incapabilă să-i satisfacă. În plus, a început să-și dea seama că familia se baza pe ea ca să-i amuze, pentru a le distrage atenția de la problemele familiale. A început să-mi vorbească despre sentimentele ei ambivalente cu privire la această situație.

Avea să treacă mai bine de un an de la începerea tratamentului pînă cînd Andrea a dezvăluit că tatăl ei era un consumator cronic de alcool. Cu marea ei claritate mentală și forță emoțională, ea și-a impulsionat apoi restul familiei să-l confrunte pe tată, fapt care l-a determinat pe acesta să accepte

tratamentul în cele din urmă. Confruntarea a fost extrem de derutantă și de dureroasă pentru Andrea, deoarece i-a amenințat idealizarea tatălui.

Noua ei relație

La 20 de luni după începerea tratamentului, Andrea l-a cunoscut pe Daniel. Și-a descris ezitarea de a se atașa emoțional de el, în parte fiindcă începuse să-i placă independența emoțională pe care și-o crease pe parcursul ultimelor luni, dar îndeosebi deoarece se temea să nu se implice într-o altă relație nefericită. Era totuși entuziasmată de promisiunea unui viitor fericit pe care i-o oferea această relație.

Scopurile tratamentului

Pe lîngă scopul creării unei alianțe bazate pe încredere și siguranță cu Andrea, intențiile mele inițiale au fost să stabilesc un mediu de viață mai sigur pentru ea (1) ajutînd-o să înțeleagă clar consecințele dăunătoare ale relației ei cu Rick (față de care își recunoscuse sentimentele de simpatie și dependență emoțională, dar nu de dragoste) și (2) ajutînd-o să-și recapete controlul asupra consumului excesiv de alcool.

După ce aceste scopuri au fost atinse, am vrut s-o ajut pe Andrea să-și dezvolte un sentiment al sinelui mai benefic și mai complex și să tolereze mai bine sentimentele de nefericire. Prin urmare, cînd mi-am dat seama că imaginația

ei îi punea probleme, am plănuit să-i acord sprijin astfel încît să o poată gestiona mai bine.

Aspectele esențiale ale tratamentului

La începutul celei de-a treia întîlniri, Andrea și cu mine am discutat despre profilul ei conform Inventarului Multifazic de Personalitate Minnesota (MMPI), care mi-a confirmat impresia privind vulnerabilitatea ei la consumul de alcool și la necesitățile sau cerințele exprimate de alții. De asemenea, profilul îi evidenția viața haotică, precum și eul foarte puternic și capacitatea de a gestiona eficient problemele dacă se afla într-un mediu destul de stabil. Problemele ei cu familia și capacitatea de intuiție sugerau posibilele beneficii ale unei psihoterapii cu fundament interpersonal și orientare psihodinamică.

Andrea a fost jenată de faptul că am vorbit despre consumul ei de alcool și a încercat energic să-mi risipească îngrijorările, deși îmi spusese că se îmbăta aproape seară de seară. Însă a fost de acord să nu consume alcool o lună și să înceapă să țină un jurnal zilnic. I-am cerut expres să includă în jurnal gîndurile și sentimentele despre consumul de alcool, mai ales dacă observa ocazii sau circumstanțe în care simțea în mod deosebit dorința de a consuma alcool.

Cînd mi-am exprimat îngrijorarea cu privire la pericolul fizic asociat cu confruntările ei violente cu Rick, Andrea a părut uimită și tristă. Cînd am întrebat-o ce simțea, a început să plîngă încet. A spus:

— Nici măcar nu mă cunoașteți. Mi-e foarte greu să cred că vă preocupă într-adevăr ce se întîmplă cu mine.

În cursul celei de-a șasea întîlniri, Andrea mi-a spus că se certase cu Rick în urmă cu cîteva zile, cînd își dăduse seama pentru prima dată că se temea că el îi va face rău fizic. M-am simțit ușurat cînd ea a recunoscut că nu mai vrea să fie implicată în acea relație. (Mă îngrijora și faptul că reacția ei ar putea reflecta mai degrabă nevoia ei de consens cu punctul meu de vedere decît o deducție independentă, proprie.) I-a spus lui Rick să se mute și el s-a mutat, dar și-a lăsat multe lucruri în apartament. Andrea era foarte înțelegătoare cu durerea și confuzia lui, spunea ea, iar bunăvoința de care dădea dovadă o determina să nu insiste ca el să-și finalizeze mutarea.

Reacția înțelegătoare a lui Andrea față de Rick mi-a dezvăluit pentru prima dată capacitatea ei empatică extraordinară. Din păcate, experiența ei empatică nu era temperată de reflecțiile privind semnificația ei. Acest salt de la gîndire la afect putea surveni aproape instantaneu în cazul ei și îi afecta mult judecata. Eram tot mai îngrijorat, pe măsură ce îmi dădeam seama cît de distorsionată putea fi acea judecată. De asemenea, mi se părea posibil ca ușurarea pe care o simțisem cînd s-au despărțit să includă elemente ale judecății paterne – nu neapărat clinice – cu privire la faptul că Rick nu era suficient de bun pentru ea.

La o lună după ce Andrea a încetat să mai consume alcool a spus că alcoolul nu-i mai lipsește, deși își dădea seama că reprezentase o alinare pentru ea. Însă, deoarece acum scăpase de stresul zilnic al conflictului cu Rick, a spus că nu mai simțea nevoia profundă de alinare prin intermediul

alcoolului. Am fost mulțumit cînd Andrea a afirmat și că acum mintea ei era mult mai limpede. Îi plăceau diminețile în care nu era mahmură și era mai veselă. De asemenea, începuse să facă sport în mod regulat, ceea ce probabil contribuia la amplificarea sentimentului de bine.

Dar, deși dispoziția lui Andrea se îmbunătățise în general, întîmpina dificultăți din cauza dezamăgirilor crescînde, după cîteva luni în care nu reușise să fie distribuită în vreun rol. A început să vorbească despre posibilitatea de a renunța la carieră, lucru la care se mai gîndise uneori de-a lungul anilor, însă niciodată serios.

Lui Andrea îi plăcea să-i facă pe oameni să simtă ce simțea ea și identifica această dinamică cu principala sursă de plăcere pe care i-o oferea actoria. De asemenea, credea că actoria era singura modalitate de a satisface așteptările mamei ei, fapt care contribuia substanțial la ambivalența ei. Era confuză cu privire la ce ar trebui să facă în legătură cu alegerea carierei. Totuși, pe cînd analizam istoricul și fundamentele psihologice ale rolului ei de „comic” al familiei, Andrea a devenit mai puțin entuziasmată de cariera teatrală.

Am fost uimit să descopăr că, pe lîngă empatia mea pentru ambivalența lui Andrea legată de actorie, mă simțeam dezamăgit și de faptul că probabil nu avea să fie niciodată o actriță de succes. Desigur, credeam eu, simțeam dorința tatălui de a-și vedea fiica atingîndu-și fericită obiectivul carierei. Concomitent, simțeam ce eliberare majoră ar fi pentru Andrea să găsească o carieră care să nu implice atîta respingere și durere.

Andrea s-a luptat cu această dilemă trei luni, fără să ajungă la vreo concluzie. După multe discuții cu mine, a fost de acord,

în sfîrșit, să stabilească un termen-limită pentru luarea unei decizii cu privire la cariera ei: a propus o dată aflată la un an distanță, în viitor. Deconcertat de caracterul impractic al sugestiei ei, am întrebat-o dacă această amînare nu reprezintă negarea în continuare a necesității unei decizii. Ea a rîs și a spus că va lua decizia referitoare la cariera de actor în termen de trei luni.

Apoi Andrea a devenit deprimată. Dacă la ședințele anterioare avusese un comportament direct, deschis la comunicare, acum părea timidă și tindea să evite contactul vizual cu mine. Cînd am reușit să o privesc în ochi, a părut dezorientată, chiar stînjenită. Deși nu eram sigur ce înseamnă asta, m-am gîndit că ar putea fi consecința atenției ei specifice acordate nevoilor și reacțiilor celorlalți. Era posibil să se simtă ofensată de presiunea mea asupra ei pentru a lua o decizie privind cariera.

O săptămînă mai tîrziu, Andrea m-a întrebat dacă se poate întinde pe canapea, spunînd că poate i-ar fi mai ușor să vorbească cu mine dacă nu m-ar privi, „dacă aș putea uita cine sînteți”.

Am avut impresia că această sugestie reprezenta atît o modalitate de a fi mai puțin conștientă de prezența mea, cît și expresia resentimentului față de mine, dar, concomitent, putea fi o șansă pentru ambii de a ne aprofunda munca terapeutică, accesînd procese mai puțin conștiente.

Stînd întinsă pe canapea, cu ochii închiși, imaginația i s-a activat imediat. A stat liniștită timp de un minut, apoi, crezînd că nu va fi nevoie să ofer sugestii pentru a induce o modificare în conștiința ei, am întrebat-o ce vede cu ochii minții.

Chipul i s-a însuflețit și vocea ei a căpătat o tonalitate copilărească:

— Uau! E uimitor că mă întrebați asta! Nu cred că pot descrie. E ca și cum aș avea un caleidoscop în minte. Nu, e mai degrabă ca și cum aș fi *înăuntrul* unui caleidoscop! Ciudat. Înțelegeți ce vreau să spun?

— Cred că da. Îmi puteți spune ce vedeți cu ochii minții dacă priviți în stînga?

— E atît de frumos!

A început să plîngă, mai întîi încet, apoi tot mai intens, pînă cînd, într-un sfîrșit, suspina zgomotos. După un timp, Andrea a descris scene fericite din copilărie, pe care și le amintea fără efort. Apoi a tăcut și am crezut că poate a adormit. Am întrebat foarte încet:

— Acum ce se întîmplă?

Imediat, fără să se miște, Andrea a spus pe un ton blînd și liniștit:

— Plutesc.

Am așteptat cîteva momente, apoi am întrebat-o:

— Andrea, e plăcut sau neplăcut să plutești așa?

— Da, a spus ea. E plăcut. Sînt un nor și pur și simplu plutesc cu alți nori, în jurul Pămîntului. Pămîntul e atît de frumos!

Eram nedumerit. Pe de o parte, eram perfect satisfăcut că Andrea se bucura de acel moment. Pe de altă parte, nu eram deloc sigur că acesta era un tratament eficient; nu înțelegeam semnificația experienței ei. Am continuat să ascult atent, încercînd să înțeleg ce se întîmpla, cînd ea a întrerupt brusc tăcerea:

— Acum îmi amintesc. Azi-noapte am avut un vis.

Acum intram pe un teritoriu care îmi era familiar. Mă simțeam tot mai încrezător.

— Da? Ce ați visat?

A început să-mi descrie visul, dar apoi s-a oprit, spunînd că nu-și amintea nimic mai departe. Apoi a spus:

— Simt că mă plictisesc. Îmi pare rău, știu că sună groaznic, dar acum pur și simplu mă plictisesc.

A rîs și mi-am imaginat că rîde ca reacție la faptul că avea impresia că este nepoliticoasă.

— Acum vă simțiți plictisită, am spus eu, atent să nu-mi încarc răspunsul cu vreo așteptare anume.

Credeam că plictiseala ei era o formă de apărare împotriva sentimentelor evocate de vis.

— Ei bine, chiar acum nu. Acum mă simt stînjenită.

— Acum vă simțiți stînjenită?

— Da, brusc, mă gîndesc: „E o prostie! Dumneavoastră încercați să mă ajutați, eu nu-mi amintesc visul, iar acum vă spun că mă plictisesc, ca un copil răsfățat”.

Autoînvinuirea ei mi s-a părut aspră.

— Mi-ar plăcea să percepeți că sînteți liberă să simțiți orice simțiți și să vă exprimați experiența în orice fel sînteți dispusă s-o exprimați.

Apoi m-am întrebat dacă nu am fost prea insistent. Încercînd să clarific, am continuat:

— De fapt, aș prefera să nu stricați mobila, dar mi-ar plăcea să vă simțiți cît mai liberă posibil și să fiți pur și simplu sinceră, aici și acum.

— Ce idee! a rîs Andrea. Vorbiți exact ca un psihiatru.

Am simțit o undă de reproș. Ce îi provocase mînia? Mi-am dat seama că, încercînd să-i dau încredere, mă exprimasem

nepotrivit, cu stîngăcie. Ar trebui să comentez mînia ei sau s-o las să treacă? Acest comentariu ne-ar distrage de la discuția despre libertatea ei de gîndire sau ar reprezenta o componentă esențială a procesului? În timp ce eram copleșit de aceste gînduri, am devenit tot mai convins că nevoia mea de a-i da încredere lui Andrea avusese ca efect distragerea atenției ei. În plus, o și insultasem.

Andrea și-a cerut scuze pe un ton scăzut pentru faptul că „fusese nepoliticoasă", spunînd că o jignisem, sugerînd că ar putea strica mobila: „De ce ați spus asta?".

Chiar așa, de ce? Greșeala mea mă făcuse să mă simt stîngaci și să mă îndoiesc cu privire la modul optim de a continua. Voiam să fiu sincer cu ea și ușor de înțeles, dar nu voiam s-o rănesc sau s-o pun și mai mult în încurcătură. M-am auzit grăbindu-mă să-mi explic purtarea, nerăbdător să-mi recapăt echilibrul. Sincer, eram mai preocupat de mine și de abilitatea mea ca psihoterapeut în acel moment decît de Andrea. Aveam o reacție exagerată față de faptul că îmi înțelesese greșit sentimentele și că se simțise jignită. Am simțit un nivel inadecvat de responsabilitate pentru sentimentele ei, Andrea și cu mine semănînd sub acest aspect – asemănare care avea șanse să evidențieze atît transferul pozitiv, cît și contratransferul pozitiv. Reacționînd parcă la îngrijorarea mea nerostită, răspunsul ei mi s-a părut mai degrabă o asigurare decît înțelegerea a ceea ce voisem să spun. Cînd a plecat din biroul meu, după cîteva minute, mi-am dorit să fi fost un psihoterapeut mai puțin stîngaci. În ședințele ulterioare nu am observat însă alte consecințe ale acestei conversații îngrijorătoare.

La ședința a șaisprezecea, Andrea a afirmat că încă se mai simțea obosită după nopți neliniștite și zile pline de anxietate. Considerînd că ar putea fi prudent din partea mea s-o ajut să-și amelioreze aceste simptome și că acum ar fi un moment potrivit în care să învețe să-și gestioneze mai bine imaginația, am decis că ar fi un punct de legătură adecvat în care să integrez mai activ metodele hipnotice. I-am sugerat că am putea folosi imaginația ei pentru a o ajuta în privința acestor probleme.

Andrea a fost entuziasmată. În timpul conversației care a urmat am observat că relația ei neobișnuit de confortabilă cu lumea imaginară era pentru mine o sursă de plăcere și de mîndrie. Mintea ei foarte imaginativă mi se părea fermecătoare. În acest moment, capacitățile ei imaginative erau clar un atu pentru ea.

I-am sugerat că, la fel cum imaginația ei putea crea anxietăți neplăcute, această capacitate putea fi folosită pentru a stimula alte gînduri și sentimente mai plăcute. Ea a reacționat destul de rapid la această intervenție, care s-a centrat îndeosebi pe sugestii vizînd confortul și relaxarea. După aceea a spus că experiența îi plăcuse mult. Pe parcursul următoarelor săptămîni, Andrea mi-a spus cu veselie că folosise metodele de autohipnoză pe care le învățase de la mine pentru a-și îmbunătăți somnul și că era mîndră de acest autocontrol dobîndit de curînd.

Mă așteptasem ca, deși Andrea continua să evolueze bine sub o serie de aspecte, atunci cînd va sosi termenul-limită pentru decizia referitoare la cariera ei să încerce să mai amîne, în modul ei caracteristic. Însă mă înșelasem. În săptămîna de dinaintea termenului-limită, Andrea mi-a spus

că își depusese candidatura pentru un post administrativ. Apoi a spus:

— Dacă primesc slujba, vreau să încep să vă văd de două ori pe săptămînă. Sînt multe de discutat.

Entuziasmul ei legat de accelerarea tratamentului m-a surprins; speram că reflecta un confort sporit asociat cu procesul terapeutic. Andrea nu a primit slujba, dar a acceptat totuși propunerea mea de a ne întîlni oricum de două ori pe săptămînă.

Deși avea o paletă largă de interese în privința unei slujbe, Andrea s-a concentrat pe găsirea unui loc de muncă într-o bibliotecă. În acest scop, a făcut mai întîi voluntariat la biblioteca municipală, apoi a încercat să profite de avantajele pe care le-ar fi avut în calitate de voluntar. În curînd, a fost angajată ca asistent administrativ. Deși considera această slujbă un pas strategic spre posturi mai provocatoare, a început să-i placă ce făcea.

În următoarele cîteva luni, dispoziția i s-a îmbunătățit considerabil. Nu mai părea anxioasă sau deprimată, spunea că e tot mai satisfăcută de noua ei activitate și s-a implicat tot mai mult în procesul de autoexplorare și în dobîndirea unei independențe emoționale tot mai ample.

La scurt timp după aceea, Andrea și-a vizitat familia, avînd o nouă perspectivă, care înlocuise percepția obișnuită, idealizată a familiei. În timpul acestei vizite, Andrea a observat cît de gravă era problema consumului de alcool în cazul tatălui ei. Conversațiile cu frații ei au condus la insistența lor unanimă ca tatăl să urmeze un tratament pentru alcoolism și, cu sprijinul ezitant al mamei, el a făcut acest lucru. Confruntarea a determinat-o totodată pe Andrea să-și

vadă tatăl drept un om demn de milă, umbrit de soția sa atît pe plan intelectual, cît și emoțional. După această vizită, Andrea s-a simțit mai puțin legată involuntar de familie și, pentru prima dată în multele vizite la ei, cînd a venit timpul să plece a simțit că e gata să facă asta. Nu a simțit dorința dureroasă, familiară de a rămîne: „Cred că într-adevăr pe Coasta de Vest mă simt acum acasă”, mi-a spus.

Cînd Andrea a sosit în biroul meu după cîteva săptămîni, zîmbetul de pe chipul ei reflecta vești bune. Daniel era un tînăr arhitect care se străduia să se impună și era primul bărbat de vîrsta ei de care se simțise atrasă vreodată. Nu prea știa ce sentimente avea Daniel față de ea, dar era încîntată că el îi acceptase invitația la cină în aceeași săptămînă.

Andrea avea să se simtă atît încîntată, cît și speriată de Daniel, pe măsură ce se cunoșteau mai bine. Îi plăcea masculinitatea lui blîndă, matură; intensitatea reacției lui emoționale față de ea o entuziasma, dar se simțea speriată de intensitatea propriei ei reacții față de el. Se temea de încă o complicație romantică dureroasă.

Împărtășind unele reacții ale lui Andrea, eram atît încîntat, cît și prudent. Totuși, în loc să-mi exprim sentimentele, am încercat s-o ajut să conștientizeze mai profund semnificațiile reacțiilor emoționale pe care i le genera această relație. Aveam încredere în conștiința ei de sine tot mai solidă, dar voiam s-o protejez de implicarea în altă relație nesănătoasă. Nu am dat curs însă impulsului de a-i sugera să-l aducă pe Daniel la birou, ca să-l cunosc (cum ar putea face un tată bun, mi-am spus).

În concepția mea, deoarece Andrea era tot mai capabilă să facă față mai eficient familiei și în special tatălui ei (care nu a

mai consumat alcool după tratamentul care a presupus și o internare și după participarea continuă la întîlnirile Alcoolicilor Anonimi), dobîndise o capacitate sporită de a-și gestiona mai eficient restul vieții. Andrea se maturiza. Vorbea mai puțin despre dificultățile interpersonale care constituiseră o parte atît de previzibilă, de rutină a vieții ei și mai mult despre procesul ei intern. Cînd o întrebam despre anumite relații de la locul de muncă sau sociale, Andrea îmi spunea că are interacțiuni mult mai satisfăcătoare.

La aproximativ patru luni după ce îl cunoscuse pe Daniel, Andrea mi-a spus că discutau despre posibilitatea de a cumpăra împreună o locuință. O entuziasma posibilitatea de a pune bazele unui cămin fericit alături de Daniel și era mai puțin anxioasă în legătură cu importanța lui tot mai mare în viața ei. Încîntarea mea a sporit în egală măsură.

Am întrebat-o dacă asta însemna că vorbiseră despre viitorul relației lor. Andrea a roșit:

— Tocmai voiam să vă spun! Dar mă îngrijorează puțin ceea ce veți crede.

Această eventualitate nu a fost chiar o surpriză pentru mine; calitatea și intensitatea relației lor păreau a fi tot mai sănătoase și mai fericite și speram în sinea mea că vor continua să evolueze. Am invitat-o să-mi spună ce o îngrijora.

— Cred că mă îngrijorează faptul că ați putea crede că nu ne cunoaștem încă destul de bine. Mă tem că e posibil să nu vreți să mă căsătoresc.

Această idee m-a mirat. Nu voiam eu asta sau era proiecția lui Andrea?

— Am spus sau am făcut eu ceva care vă face să credeți că nu vreau să vă căsătoriți?

— Nu chiar. Dar ori de cîte ori vorbesc cu dumneavoastră despre Daniel am senzația că sînteți în căutare de dovezi că nu e vreun ciudat.

Poate că aceasta nu era doar proiecția ei. Eram conștient că îmi făceam griji pentru ea, dar nu eram conștient de nimic mai mult. Cum îmi puteam exprima cel mai bine grija, fără să dau de înțeles totodată că nu voiam ca ea să se căsătorească? Simțeam că am o atitudine destul de paternă, în timp ce meditam la acest lucru.

— Ei bine, cu siguranță aveți dreptate. Întotdeauna sînt atent la orice ar putea fi sursa unei probleme pentru dumneavoastră. Asta este adevărat nu doar în privința lui Daniel, ci a oricărui alt aspect al vieții dumneavoastră, sînt sigur. Andrea, țin la dumneavoastră, dar nu mă îngrijorează relația cu Daniel.

— Cred că mă bucur că vă preocupă asta. Mă întrebam doar dacă știți ceva despre Daniel ce eu nu știu.

— Dacă mi-ați fi spus ceva despre Daniel care m-ar fi îngrijorat sub aspectul faptului că vă va deveni partener, cu siguranță v-aș fi adus la cunoștință, dar nu a fost cazul. Dimpotrivă, mi-ați spus cît de blînd, iubitor și respectuos se poartă cu dumneavoastră. Mi-ați povestit cît de ușor și repede v-ați simțit legați unul de celălalt. Cît timp a trecut, patru-cinci luni? Mi-ați spus despre certurile dumneavoastră și despre cum ați reușit să faceți față suferinței și sentimentelor de mînie. Deocamdată, din ceea ce mi-ați spus, pare o relație extraordinară.

Andrea a zîmbit, a deschis ochii și și-a întors capul ca să mă privească, rămînînd întinsă pe canapea.

— Sînteți atît de drăguț. Știați exact ce am nevoie să aud.

Așa să fi fost? Eram manipulat acum, ca un tată de o fiică? Speram că nu, dar nu eram chiar sigur.

— Ce anume simțiți acum în legătură cu ceea ce am spus?

A vorbit printre lacrimi:

— Mă simt foarte norocoasă că m-ați ajutat să fiu pregătită să-l cunosc pe Daniel.

Am fost impresionat din nou de sinceritatea lui Andrea și de generozitatea ei intelectuală. Nu știam ce să spun, așa că am păstrat tăcerea, bucurîndu-mă de fericirea ei radiantă.

Cîteva luni mai tîrziu, după ce mi-a spus că ea și Daniel erau logodiți, Andrea încerca să-mi spună altceva, dar îi era greu să-și găsească cuvintele. În cele din urmă a spus:

— Vreau foarte mult să vă dau o invitație la nuntă, dar m-aș simți chiar inconfortabil dacă ați veni. Mă simt atît de nerecunoscătoare! Aș vrea să fiți acolo cu sufletul.

Și eu simțeam la fel.

— Andrea, mi-ar face mare plăcere să primesc o invitație, dar înțeleg că ar putea fi foarte ciudat ca eu să particip la nunta dumneavoastră.

A suspinat adînc.

— Mă bucur mult că înțelegeți. Chiar mi-aș dori să fiți acolo, dar, cînd îmi imaginez asta, mi se pare foarte ciudat – adică *psihiatrul* meu să vină la nunta mea! De parcă aș fi nebună. Sau, mai rău, de parcă aș fi o actriță de la Hollywood!

Am rîs amîndoi. Ea a continuat:

— Totodată, ați jucat un rol atît de important în viața mea și simt că faceți parte din familie. Nu știu cum să spun ceea ce vreau să spun.

M-am simțit recunoscător și ușurat. Și m-am simțit eliberat, deoarece ea mărturisea că simțea că făceam parte din familia

ei. La urma urmei, nu eram tatăl lui Andrea, ci psihologul ei. Propriul ei tată avea să fie acolo – și nu sub influența alcoolului – pentru a participa la nuntă.

Experiența și reacțiile mele personale

Ce anume din perioada petrecută cu Andrea îmi generase sentimente primitive de tandrețe paternală?

Cînd am cunoscut-o pe Andrea, am simțit un interes uman normal față de ea și aveam un interes profesional de a o ajuta să-și rezolve problemele. Pe măsură ce am început s-o cunosc mai bine, am observat și complexitățile pitorești ale minții ei și am fost fascinat de capacitățile ei imaginative și cuprins de admirație față de lipsa ei de apărare. Am avut și îndoieli, aflînd despre dificultățile cu care se confrunta uneori drept consecință a faptului că era lipsită de apărare în fața durității lumii.

În timp, am început să am sentimentul că Andrea era un copil care avea nevoie de cineva (de mine) care să aibă grijă de ea – de parcă ar fi fost fiica mea. Cînd făcea progrese, eram mîndru de ea ca un tată. Acum îmi dau seama că uneori eram prea protector. Voiam s-o feresc de rele, de tristețe, de pierderi și de suferință. Concomitent, însă, îmi dădeam seama că asta era imposibil și știam că trebuie să învețe singură cum să gestioneze provocările vieții. Acest proces însemna că trebuia să mă împac cu sentimentele mele paterne, să le recunosc, să le accept și totuși, în pofida calității lor satisfăcătoare, să le

depășesc, pentru a face ceea ce era bine pentru Andrea. De cîteva ori, de-a lungul acelor luni, mi-am repetat că sînt psihologul, nu tatăl ei.

Înainte să o tratez pe Andrea nu avusesem sentimente atît de intense de tandrețe și de afecțiune pentru nici un pacient. În timp, am descoperit că îmi puteam tolera aceste sentimente și, în cele din urmă, chiar reușeam să mă bucur de ele. Cred că, parțial, sinceritatea și vulnerabilitatea lui Andrea mi-au adîncit această stare de grijă mai mult decît eram obișnuit și mi-au indus un nou tip de acceptare. Într-o măsură tot mai mare, puteam să mă și bucur de experiență. Totodată, m-a ajutat faptul că am văzut cît de mult a maturizat-o și a schimbat-o pe Andrea această grijă. Deși am încercat să nu permit impulsurilor mele prea protectoare să influențeze tratamentul, nu am avut în întregime succes sub acest aspect. Preocuparea lui Andrea pentru sentimentele mele legate de relația ei cu Daniel a fost doar unul dintre indiciile care mi-au amintit să rămîn vigilent în privința motivațiilor mele.

În plus, un fel de dorință de identificare cu Andrea a stimulat un ansamblu și mai intens de sentimente paterne. Era ca și cum, ajungînd s-o cunosc pe Andrea, întîlneam, în unele privințe, o versiune a mea ideală, mai tînără, feminină și simțeam ceea ce simțim uneori pentru copiii noștri: „Iată, cineva care va purta speranțele pe care le-am avut pentru cel care aveam să fiu eu”. La fel cum această dorință prezintă pericole pentru copiii noștri, și reacția mea față de Andrea, deși îmi stimula potențialele calități terapeutice, era marcată de posibile dificultăți.

Patru dintre caracteristicile lui Andrea evocau această dorință de identificare: (1) Provenea dintr-un mediu

privilegiat. Mai exact, primise o educație de nivel preuniversitar deosebit de bună. Aceasta era o șansă pe care mi-aș fi dorit s-o am eu însumi. (2) Avea o imaginație rară, vie. Deși și eu posedam capacități imaginative bune, îmi doream ca și ale mele să fi fost la fel de neîngrădite ca ale ei. (3) Capacitatea ei empatică era remarcabilă. Deși eu o consideram amplă pe a mea, mi-aș fi dorit să fie la fel de cuprinzătoare ca a ei. (4) Neajutorarea lui Andrea cînd se confrunta cu trăsături problematice ale sinelui și ale vieții ei era o caracteristică pe care o admiram și pe care mi-aș fi dorit s-o am.

După cum aveam să aflu, experiența mea de a o trata pe Andrea era și o șansă de a-mi dezvolta capacitatea de autoconștientizare și de a mă simți mai confortabil și mai familiar cu aceste emoții și dorințe particulare, grijulii, pe măsură ce apăreau în procesul de tratament și în timp ce continuau să evolueze.

Epilog

În anii de după ce s-au întîlnit, Andrea și Daniel și-au construit un parteneriat fericit și satisfăcător. Deși mă bucur pentru ei, sînt și mîndru de curajul demonstrat de Andrea în psihoterapie, cu familia ei, în timpul primelor dificultăți cu Daniel și în devotamentul ei de durată față de parteneriatul lor. Observ că această mîndrie nu este integral nonpaternă.

Chiar și acum, după mulți ani, mă surprind gîndindu-mă uneori la Andrea, mă întreb cum o duc ea, Daniel și copiii lor. Cînd eram psihologul ei, mă simțeam constrîns, cum era și adecvat, să nu-mi exprim propriile nevoi paterne față de ea. Deși mă abțin să mă implic în viața ei, îmi face plăcere să-i răspund (atent) cînd îmi scrie. Așadar, primesc cu o plăcere deosebită felicitarea de la Andrea din fiecare an, în preajma sărbătorilor.

Înainte să o cunosc pe Andrea, nu mai avusesem niciodată sentimente paterne pentru pacienții mei. Totuși, asta s-a schimbat. Poate că felul în care am tratat-o pe Andrea m-a eliberat, permițîndu-mi să mă bucur de acele calități, tandrețea și afecțiunea necritică, ambele fiind intrinsec satisfăcătoare și promovînd interacțiuni facile cu pacienții, mai ales cu cei care beneficiază de pe urma grijii mele. Experiența mea cu această pacientă specială nu numai că mi-a mărit capacitatea de a avea grijă de o persoană, ci m-a și învățat, ca pe un tată, cînd și cum să o las să se descurce singură, cînd a fost gata să se implice mai profund și independent în viața sănătoasă de adult.

Capitolul 27

Problema este soluția: principiul sponsorului în psihoterapie

Stephen Gilligan

„Trezește-te ca să afli
că tu ești ochii lumii.”

Robert Hunter

În filmul *Pleasantville*, doi frați adolescenți din anii ’90 se trezesc într-un mediu alb-negru de sitcom de televiziune din anii ’50, bazat pe vechea emisiune *Father Knows Best*. Deși la suprafață totul pare perfect, în această lume nu există profunzime, mister, culoare sau însuflețire. Toți trăiesc într-o „transă plăcută” autonomă, golită de vioiciunea reală, într-un fel de „minunată lume nouă” lipsită de griji. Cei doi „vizitatori” declanșează o serie de întîmplări care precipită trezirea fiecărei persoane, inclusiv a lor înșiși. Fiecare trezire survine cînd persoana respectivă se conectează cu o parte ascunsă sau neevoluată a propriei sale ființe. În cazul unui sportiv

adolescent, se întîmplă prin intermediul iubirii și al unei povești de dragoste; pentru „mama” copiilor, prin descoperirea senzualității propriului corp; pentru tată, recunoscînd după ce tînjea; pentru fată, prin lectura clasicilor; pentru băiat, prin descoperirea propriei impetuozități. În fiecare caz, experiența și exprimarea componentelor nedezvoltate ale sinelui transformă persoana respectivă într-o „culoare” vie. Ei și cei din jur trebuie să facă față miriadelor de reacții generate de această trezire.

Pleasantville ne înconjoară. Ne ține adormiți prin zîmbete false, amenințări violente, temeri nerostite, gînduri rătăcite, amorțeală, consumerism și alte practici ale lumii moderne și postmoderne. În cadrul unui atelier de scris poezii, o femeie care lucra la o corporație a scris (citată de Whyte, 1994, p. 31):

> Cu zece ani în urmă…
> Am privit în altă direcție preț de o clipă
> Și asta a devenit viața mea.

Toți am simțit impactul negativ al unor astfel de „goluri” de cîte zece ani în viața noastră, cînd credeam că sîntem prezenți, însă apoi, privind retrospectiv, ne-am dat seama că nu eram.

Viața nu poate fi zăgăzuită pentru totdeauna. Mai devreme sau mai tîrziu, rîul se revarsă, purtînd miriade de amintiri, visuri și reflecții. Acesta poate fi un moment înfricoșător, deoarece teama în exil este că vom fi copleșiți, poate chiar vom muri dacă permitem acestor curenți să treacă peste noi și prin noi. Apar noi mecanisme de apărare – mai multă disociere, mai multe comportamente compulsive, „a face pe mortul” mai mult, mai multă intelectualizare, mai multă violență împotriva sinelui și a altora – toate acestea fiind

încercări disperate de a recăpăta controlul și de a alunga „sentimentul negativ al alterității” care ne presează. La un moment dat, devine clar că pierdem bătălia – ne confruntăm cu o prezență mai puternică decît eul nostru, iar apărările noastre cu care ne lăudam nu ne mai pot izola de ea. Disperați, putem apela la un terapeut, sperînd să ne consolidăm eul și mecanismele sale de apărare.

Cînd clienții vin la noi, contează foarte mult modul în care ne raportăm la perturbările din existențele lor – experiențele și evenimentele care îi aruncă într-un „haos organizat”. În general, concepția tradițională este că ar trebui să ajutăm clientul să depășească aceste forțe „patologice” care amenință starea de bine. Conform acestei concepții, „problema” este un „dușman” care trebuie învins prin orice mijloc posibil. Milton Erickson (1980a, 1980b) a creat o abordare întru totul diferită, bazată pe acceptare și pe lucrul cu „problemele” persoanei drept prezențe unice care, în condiții adecvate, ar putea deveni fundamentul unei noi învățări și evoluții. De exemplu, o tînără secretară era profund convinsă că un spațiu mare dintre dinți o făcea să pară urîtă și indezirabilă. Erickson a învățat-o să trimită un jet de apă prin spațiul dintre dinți pînă cînd a reușit să atingă o țintă îndepărtată. Apoi a îndemnat-o să aștepte la dozatorul de apă rece de la birou, ca să-l „atace” pe un tînăr (de care era atrasă) cu un jet de apă. Lucrurile au evoluat, iar cei doi au devenit un cuplu fericit.

Contribuția lui Milton Erickson a fost dezvoltată și aprofundată în multe moduri în ultimii 20 de ani. Propria mea activitate a evoluat de la acordarea unei importanțe sporite elementelor ericksoniene mai cunoscute (vezi Gilligan, 1987) la elaborarea unei abordări neoericksoniene pe care o numesc

psihoterapia relațiilor cu sinele (vezi Gilligan, 1997). La fel ca în activitatea lui Erickson, relațiile cu sinele evidențiază aspectele pozitive ale problemelor și ale simptomelor. Astfel de perturbări sînt considerate „ordinea normală”, dovezi că „ceva se trezește” în viața unei persoane sau a unei comunități. Astfel de perturbări constituie crize cu două tăișuri. Pe de o parte, sînt oportunități (adesea ascunse) pentru o evoluție majoră. De exemplu, majoritatea ne putem aminti evenimente negative – un deces, un divorț, o boală sau o dependență – care au condus la o schimbare pozitivă semnificativă în viețile noastre. Pe de altă parte, astfel de perturbări pot fi foarte distructive; *putem* fi copleșiți de depresie, de exteriorizări nepotrivite sau de alte comportamente problematice. Abordarea relațiilor cu sinele sugerează că diferența constă în faptul că o perturbare poate fi „sponsorizată” de o prezență umană abilă.

Principiul și procesul sponsorizării constituie piatra de temelie a relațiilor cu sinele. Termenul „sponsorizare” provine din latinescul *spondere*, care înseamnă „a jura solemn”. Prin urmare, sponsorizarea este angajamentul de a ajuta o persoană (inclusiv pe sine) să folosească absolut fiecare eveniment și experiență în vederea conștientizării bunătății și talentelor sinelui, ale lumii și ale conexiunii dintre acestea două. Relațiile cu sinele sugerează că experiențele care survin în viața unei persoane nu sînt încă pe deplin umane; ele nu au nici o valoare umană pînă cînd o persoană nu este capabilă să le „sponsorizeze”. Prin sponsorizare, experiențele și comportamentele problematice pot deveni resurse și talente. În acest mod, ceea ce a fost contextualizat și considerat o problemă este recunoscut a fi o „soluție”.

Mottoul sponsorizării terapeutice poate fi găsit pe Statuia Libertății din portul New York:

> Trimiteți-mi-i pe-ai voștri sărmani, oropsiți,
> Pe cei ce tînjesc să respire în libertate,
> Pe cei izgoniți de pe țărmuri ce nu-i mai încap,
> Pe cei fără de casă, loviți de furtuni.
> Îmi ridic lampa lîngă ușa aurită.

(Emma Lazarus, 1849-1887)

În relațiile cu sinele, acest motto se referă nu doar la oameni, ci și la experiențe și comportamente. De exemplu, Fred, cadru universitar, a apelat la mine pentru o „depresie ușoară, îndelungată”. A venit la o ședință plîngîndu-se că este „pervers sexual”. Își luase un an de concediu ca să scrie și să stea acasă cu fiul său cel mic și începuse să descarce pornografie de pe internet timp de pînă la trei ore pe zi. Mi-a explicat că îi lua atît de mult în parte fiindcă se temea să nu fie „prins”, astfel că nu își dădea numărul cardului; în schimb, căuta site-uri web care prezentau „imagini-teaser”, le descărca, apoi le organiza meticulos într-o „bibliotecă” pe care trebuia s-o actualizeze constant. Lucram cu el de trei luni la problemele cu care se prezentase inițial, sentimentele de depresie și anxietatea legată de unele aspecte ale serviciului. Îmi vorbise în termeni generali despre interesele sale pornografice, cînd îl întrebasem mai înainte despre viața lui sexuală și socială, dar respinsese ferm încercările mele de a-l determina să dezvolte aceste aspecte.

Cînd a adus apoi problema în discuție, a spus că asta îi secătuia energia și voia cu disperare să ia măsuri. În timp ce-l ascultam, am observat că sentimentul meu de vinovăție din

tinerețe mă copleșea din nou, sugerîndu-mi să-i recomand lui Fred să se spovedească părintelui McCarthy, după care să facă toată viața dușuri reci. De asemenea, am mai observat că această „sugestie” mă făcea să mă simt nelalocul meu și rigid, astfel încît i-am permis să dispară. (Un avantaj major atît al hipnozei, cît și al meditației este că ambele te învață să ai o atitudine de tip „acceptă că asta se întîmplă” față de mintea ta, astfel încît poți observa înțelegător orice gînd sau sentiment, fără să te identifici cu el, iar apoi decizi cum ai vrea să procedezi.) M-am străduit să-mi creez o stare receptivă în care să mă simt conectat, deschis și curios în raport cu talentul pozitiv care ieșea la iveală în Fred. După cîteva minute, mi-am dat seama ce ființă minunată era, fapt pe care îl ignorasem cumva mai devreme. M-am surprins vorbind cu el despre faptul că energia sexuală este poate energia cea mai puternică din lume, de neînvins. I-am sugerat că descoperirea identității sexuale profunde este o provocare pe tot parcursul vieții, care consumă toate resursele unei persoane. L-am complimentat pe Fred pentru profunzimea și intensitatea prezenței sale sexuale, dar i-am spus că nu prea am încredere că și-o poate reprima.

„Domeniul” relațional părea dominat de o conexiune profundă, probabil cea mai profundă de pînă atunci. El părea impresionat de complimentele mele, era receptiv la ele și a intrat într-o ușoară stare hipnotică, drept reacție. I-am mai vorbit puțin despre modul în care, din anumite motive, sexualitatea lui părea să-i inducă o conștientizare mai profundă. A fost de acord, dar a spus că îi era teamă. I-am recunoscut teama, punctînd cu atenție:

— Da, Fred, ca făptură sexuală, îți este teamă.

Am făcut o pauză, pentru ca această afirmație să aibă impact, apoi l-am întrebat:

— Ca ființă sexuală, cine altcineva mai ești?

A rîs puțin nervos, înainte să spună:

— Sînt și foarte excitat!

Am făcut o pauză, pentru a recepta această componentă a sinelui său sexual, înainte de a-i oferi feedback:

— Da, Fred, în calitate de ființă sexuală, ești și excitat!

Apoi i-am sugerat să continue să găsească alte răspunsuri la întrebarea: „Cine sînt eu, ca ființă sexuală?”. A fost nevoie să-l îndrum puțin pe Fred să se liniștească, astfel încît să poată să vorbească, să-și simtă, să-și mențină și să-și facă vizibilă cîte o identitate sexuală, pe rînd. De exemplu, el spunea: „În calitate de ființă sexuală, mi-e foarte rușine”, apoi era încurajat să se simtă liber, să simtă acea identitate în mintea-corp, în timp ce eu i-o confirmam și recunoșteam importanța acelui adevăr. Apoi putea continua: „În calitate de ființă sexuală, mă excită să privesc trupuri frumoase de femei dezbrăcate”. În timp ce el rostea aceste cuvinte, eu îi vizualizam identitatea, mă conectam nonverbal cu ea, o numeam cu blîndețe, îl încurajam să o cunoască și să fie martor la ea, în mod nonverbal. După aproximativ zece secunde de tăcere, îl întrebam: „Cine altcineva mai ești, ca ființă sexuală?”. Dialogul a continuat cu referire la aproximativ opt identități, incluzînd afirmații precum: „Sînt… speriat, foarte excitat, interesat să ating, amorțit, obsedat, paranoic și intens”. Fiecare identitate a fost receptată individual, simțită, făcută să devină vizibilă, numită adecvat, aprobată și a primit un loc special.

La un moment dat, pe parcursul procesului, Fred arăta atît de frumos, așa cum arată oamenii la terapie cînd nu mai disociază. Era ca și cum ar fi găsit o modalitate de a începe să facă loc celor mai profunde componente ale identității sale sexuale și de a le dezvălui. Am vorbit despre modul în care identitatea sexuală are atît de multe adevăruri emoționale diferite și alte identități incluse în ea. Am sugerat că ceea ce diferențiază cu adevărat un „pervers” de o ființă sexuală plină de vitalitate, sănătoasă era capacitatea de a percepe conexiunile relaționale dintre aceste identități diverse și de a simți „cîmpul unitar” al sinelui, care le include pe toate. (De exemplu, multe identități pot fi contradictorii, dar toate își pot găsi locul în domeniul sinelui.) Am vorbit despre cîteva modalități tehnice (extinderi ale exercițiului) prin care el putea exersa rolul de sponsor al identității sexuale.

Două săptămîni mai tîrziu, la următoarea ședință, Fred mi-a comunicat surprinderea lui că, dintr-un motiv oarecare, nu mai fusese deloc preocupat de pornografia pe internet. Concomitent, începuse să se axeze pe preocupări legate de soția sa și de relația lor. Ședințele următoare s-au centrat pe aspecte de cuplu, mai ales asupra relației dintre intimitate și sexualitate.

Idei despre sponsorizare

Acest mic exemplu oferă cîteva indicii despre o serie de idei privind sponsorizarea terapeutică. Putem observa trei

idei de bază.

1. Există două feluri de experiență: de tip *fressen*, a naturii, și de tip *essen*, a culturii. În limba germană există două cuvinte pentru „a mînca”: *fressen* și *essen*. *Fressen* înseamnă să mănînci ca un animal, ca un porc; *essen* înseamnă să mănînci ca o ființă umană. Oricine a crescut un copil poate confirma că drumul de la *fressen* la *essen* este lung. Este nevoie de acte de sponsorizare foarte ample pentru a ajuta un copil să mănînce ca o persoană!

Dacă generalizăm această distincție în cazul altor activități umane, vedem că fiecare aspect asociat cu a fi o persoană ne este dat sub forma unor energii „încă nepregătite pentru a fi expuse”, de tip *fressen*. Comunității îi revine „re-spons-abilitatea” de a dezvolta aptitudinile relaționale social-cognitive, pentru a transforma aceste energii în unele de tip *essen*, care să prezinte valoare pentru persoană și pentru comunitate. Astfel, îndîrjirea care se dezvăluie sub formă de crize de mînie la un copil mic poate progresa, evoluînd, dacă este sponsorizată în mod adecvat, devenind îndîrjirea admirabilă a persoanei mature. Dacă este sponsorizată negativ, aceleași crize de mînie pot apărea mai tîrziu sub formă de furie, agresivitate pasivă, violență sau sub alte forme care par să aibă puțină valoare sau par chiar inutile.

În *The Courage to Love* (Gilligan, 1997) am analizat pe larg ce implică unele dintre practicile acestei sponsorizări, incluzînd următoarele:

• concentrarea/activarea atenției;
• ascultarea atentă/numirea corectă;

• a fi atins/a atinge;
• a provoca/a accepta;
• conectarea cu resurse și tradiții;
• crearea unor cadre multiple/exersarea aptitudinilor comportamentale;
• cultivarea îndîrjirii, a tandreții și a caracterului jucăuș.

Aceste practici, dintre care unele sînt detaliate mai jos, constituie metodele și mijloacele sociale/cognitive/experiențiale prin care o energie *fressen* este activată la nivelul conștiinței și este cultivată pentru a căpăta valoarea umană a unei forme de tip *essen*.

2. De fiecare dată cînd *essen* și *fressen* se reunesc, se dezvoltă un sine generativ. Conform acestei concepții, experiența sinelui survine în fiecare moment în care mintea *essen* – *sinele cognitiv* care efectuează acțiuni cu semnificație și valoare – se reunește cu mintea *fressen* – *sinele somatic* organizat în cadrul limbajului arhetipal, experiențial al corpului. Sinele generativ nu este un dat, nici nu este întotdeauna prezent: el constituie conștientizarea dinamică activată de fiecare dată cînd sinele cognitiv și cel somatic cooperează. Un bun exemplu al acestui sine creativ/creat poate fi întîlnit la artiști. Majoritatea artiștilor – scriitori, pictori, poeți, dansatori – evidențiază faptul că energiile lor creative provin de altundeva decît din sinele lor cognitiv (conștient). Misiunea artistului este să găsească modalități prin care să primească acele energii și să cultive o relație cu ele. Această relație nu este nici de dominare, nici de supunere; artistul nici nu „controlează” complet energia creativă, nici nu dispune de luxul de „a-și pierde

cunoștința” pur și simplu și de a fi copleșit. Trebuie să găsească mai degrabă o modalitate de a „sponsoriza” aceste energii, de a le „moși”, astfel încît să dobîndească formă creativă.

La fel, fiecare persoană este un artist care interpretează ceva și este vizitat regulat de energii existențiale creative, dar haotice, care îndeamnă persoana respectivă să facă ceva interesant. Dacă își poate dezvolta aptitudinile de sponsorizare, aceste energii pot lua forme utile în lumea socială. În caz contrar, pot deveni sentimente sau comportamente persistente, deranjante – anxietate, depresie, agitație și altele asemenea.

3. Simptomele și alte acte de violență apar de fiecare dată cînd *essen* ignoră, blestemă sau exploatează energiile *fressen*. Putem începe să observăm că, deși viața curge prin noi, dîndu-ne tot ce ne este de trebuință pentru a deveni o persoană, și prezența noastră este profund necesară. Dacă nu „sponsorizăm” talentele *fressen* manifestate la un moment dat, ele vor persista și se vor repeta cu intensitate și mai mare. Dacă le blestemăm, vor lua forme negative. Dacă le exploatăm, vor lua forme distorsionate. La un moment dat, ele vor părea să fie o prezență mai amplă decît sinele social/cognitiv, o experiență sau un comportament repetitiv care vă va scăpa de sub control. Cu cît încercați mai mult să scăpați de ele, cu atît se înrădăcinează mai profund. Este vorba despre ceea ce numim „simptom clinic”: o energie *fressen* perturbatoare

care nu a fost încă sponsorizată terapeutic pentru a deveni o formă *essen* utilă.

În calitate de terapeuți, căutăm energiile *fressen* nesponsorizate. Devenim tot mai curioși cu privire la experiențele și comportamentele prin care o persoană se simte copleșită și le întîmpinăm drept fundamentul unor noi evoluții creative. Ne dăm seama că eforturile de a opune rezistență acestor „probleme” și de a le depăși sînt nu doar futile, dar de obicei au efectul de a le întreține. După cum au subliniat Watzlawick, Weakland și Fisch (1974), soluția încercată este însăși problema. De exemplu, o persoană care încerca să depășească îndoieli supărătoare prin „gîndirea pozitivă” obsesivă a devenit și mai agitată, mai preocupată de sine și mai ineficientă. Abordarea relațiilor cu sine afirmă că opusul este la fel de adevărat: problema este soluția. Cu alte cuvinte, ceea ce la prima vedere pare o experiență cumplită, care trebuie evitată cu orice preț, este și ceea ce oferă, în condiții adecvate și printr-o sponsorizare eficientă, exact ceea ce are nevoie persoana pentru a se maturiza și pentru a evolua. De exemplu, un client cu „îndoieli persistente” a fost îndemnat să le întîmpine în timp ce se afla într-o stare de relaxare profundă. În timp ce făcea acest lucru, clientul a observat o prezență blîndă în sufletul său, care fusese ignorată. Integrarea acestei prezențe tandre a stimulat o prezență mai calmă, mult mai echilibrată, care nu era nici negativă, nici pozitivă.

Prezența „condițiilor adecvate și a sponsorizării eficiente” este esențialul aici. În absența lor, vor surveni o suferință mai ineficientă (Merton, 1964) și evenimente problematice. Prin

urmare, principala noastră provocare în psihoterapie o constituie definirea și crearea eficientă a modalităților și mijloacelor care facilitează sponsorizarea transformațională.

Aspecte ale sponsorizării terapeutice

Pasivitatea activă

Cînd clienții încep terapia, sînt cuprinși adesea de o stare obsesivă: „Ce să fac? Ce să fac? Ce să fac?”. Adesea, terapeuții reacționează la aceste solicitări anxioase prin răspunsul: „*Eu* ce să fac? *Eu* ce să fac? *Eu* ce să fac?”. Rezolvarea compulsivă a problemelor, consecință a acestor stări, este unul dintre motivele majore pentru care terapia ajunge la un blocaj. Așadar, unul dintre lucrurile importante pe care trebuie să le facă terapeutul (și clientul) este să nu facă nimic. Chinezii numesc această stare *wu-wei* – sau „a fi activ nefăcînd nimic”.

Wu-wei nu înseamnă a adormi, a ceda, a se resemna sau a se retrage. Dimpotrivă, este o stare alertă, dar relaxată în care persoana se simte echilibrată și avînd deschidere spre întregul spectru de activități. La asta se gîndea Erickson cînd spunea: „Prea mulți psihoterapeuți încearcă să planifice cum anume vor gîndi, în loc să aștepte să vadă ce stimul vor primi, iar apoi să-i permită inconștientului să reacționeze la acel stimul” (Gordon și Meyers-Anderson, 1981, p. 17).

Așadar, *wu-wei* este un fel de proces relațional de meditație. Este ceea ce face un artist pentru a invoca spiritul

creativ sau ceea ce face un artist înainte de o competiție importantă.

Terapeutul care practică pasivitatea activă se simte conectat cu sine și cu clientul, este profund curios cu privire la orice „se deșteaptă” în conștiința clientului. Interesul este să-i permiteți spiritului clientului să vă atingă, să vă găsească și să vă călăuzească. Există multe modalități de a intra în acest proces; majoritatea implică respirația conștientă, relaxarea somatică, deschiderea atenției și curiozitatea cognitivă (vezi Gilligan, 1997). Uneori, eu chiar spun o mică rugăciune pentru ca necesitățile care trebuie sponsorizate să mă găsească și să mă învețe cum să le iubesc și să le sprijin.

O aptitudine majoră cultivată prin intermediul *wu-wei* este stabilitatea atențională. În spațiile problematice, una dintre primele victime este atenția, care e destabilizată. Cînd apar experiențe neplăcute, consecințele includ adesea hiperrigiditate, fragmentare, dezorientare, constrîngere și așa mai departe. Persoana își pierde centrul, uită că este integrată în cîmpuri mai ample și tinde să reacționeze instinctiv (nu controlat), ceea ce îi poate dăuna. *Wu-wei* este o meditație despre relaționare care permite persoanei să se reconecteze cu orice se întîmplă, redobîndindu-și totodată centrul. Din acest punct încolo pot apărea răspunsuri utile.

Pasivitatea activă este deosebit de utilă atît pentru client, cît și pentru terapeut, la începutul fiecărei ședințe. Poate fi facilitată prin meditație, prin transa luminii sau prin alte practici simple de conștientizare. Poate fi reluată în mod conștient pe parcursul ședinței, mai ales dacă apare impresia că experiența se blochează.

Concentrarea terapeutică

Eugene Gendlin (1996) a descoperit că unul dintre cei mai buni factori anticipatori ai utilității unei ședințe terapeutice este faptul că un client poate sau nu să-și creeze în prima parte a ședinței „simțul receptat” al problemei. Gendlin arată că senzația resimțită diferă de simplele emoții, senzații fizice sau percepții:

> Simțul receptat este senzația corporală holistică, implicită, a unei situații complexe. Include mulți factori, dintre care unii nu au mai fost distinși înainte [...]. Simțul receptat conține un labirint de semnificații, o întreagă textură de fațete, modele întrețesute, asemenea celor ale unui covor persan – mai mult decît poate fi spus sau gîndit [...]. Din ansamblul său poate să reiasă un singur lucru, o singură afirmație sau un pas următor dacă îi permitem să prindă formă (1996, p. 58).

În abordarea „concentrată” a lui Gendlin, clientului i se spune să-și dezvolte un „simț receptat”, renunțînd să mai încerce să-și clarifice lucrurile și apoi simțind cum își reprezintă corpul problema. Apoi, ascultarea simțului receptat și dialogul cu el reprezintă fundamentul progresului terapeutic.

În metoda relațiilor cu sinele de *concentrare terapeutică*, atît clientului, cît și terapeutului li se cere să se conecteze cu respectivele lor simțuri receptate și să le monitorizeze. În primul pas al acestui proces, terapeutul este atent îndeosebi la simțul receptat în propriul său corp, în timp ce clientul

vorbește despre problemele sale. De exemplu, terapeutul poate simți o apăsare sau un gol în stomac, în timp ce ascultă receptiv prezentarea clientului. Terapeutul îi permite atenției sale să se îndrepte spre acel loc, care devine centrul ascultării. Conștientizarea acestui centru continuă pe parcursul folosirii metodei.

În etapa a doua, terapeutul este atent și la centrul perturbărilor *clientului*. Terapeutul poate sesiza că tonalitatea vocii clientului îl dirijează spre centru sau poate privi spre mijlocul trunchiului clientului, observînd unde anume energia pare să fie intensă (anxietate) ori redusă (depresie). Conectîndu-se la acel loc (menținîndu-și totodată propriul simț receptat), terapeutul îi spune cu blîndețe clientului să își acorde un moment de tăcere, pentru a simți unde anume în corpul său sesizează cel mai intens centrul perturbărilor. Clientul este rugat să-și pună încet mîna pe acel centru, ca să atragă atenția asupra lui.

Receptarea și identificarea simultană a celor doi centri continuă apoi pe durata ședinței. Un avantaj este că astfel atît atenția clientului, cît și a terapeutului sînt centrate și stabilizate. Unul dintre neajunsurile majore ale problemelor este că tind să destabilizeze atenția; aceasta poate deveni fragmentată, deconectată, prea limitată, prea intelectuală și așa mai departe. Concentrarea terapeutică îi poate reconecta mereu pe terapeut și pe client cu simțul lor receptat.

De asemenea, concentrarea terapeutică ajută terapeutul să asculte povestea fără să se simtă implicat în ea. Este important să aprecieze că narațiunea problemei anihilează de obicei conexiunea, nu o aprofundează. Este ușor să te lași prins de „vorbitul” despre problemă sau chiar să o uiți; concentrarea

terapeutică te învață cum „să fii cu ea” fără a fi influențat de explicații sau de „firul poveștii”. Astfel, abordarea relațiilor cu sinele analizează problemele din perspectiva unei deconectări dintre relatările sinelui cognitiv și simțul receptat al sinelui somatic.

De asemenea, concentrarea terapeutică fundamentează o conexiune relațională centru-către-centru între terapeut și client, care poate fi utilizată pentru a monitoriza ce se întîmplă. De exemplu, vorbeam cu un client despre unele aspecte dificile ale căsniciei sale. Atinsesem un anumit tip de concentrare terapeutică, iar bărbatul părea foarte conectat. Dar, după cîteva minute, am simțit brusc o deconectare la nivelul propriului meu centru. I-am semnalat acest lucru cu glas tare și m-am întrebat ce simțea el la nivelul centrului său. A început să vorbească mai accelerat, dar l-am întrebat din nou, cu blîndețe. Mi-a spus că simțea la fel, că la un moment dat se deconectase. Această conștientizare ne-a permis să ne reconectăm cu centrul receptat, astfel încît aspectele despre care vorbeam să fie conectate la simțul receptat.

Oferirea unui refugiu, numirea adecvată și binecuvîntările

În timp ce vă conectați la simțul receptat, puteți începe să „moșiți” nașterea unei noi vieți în ființa unei persoane. Simțul receptat reprezintă prima etapă a unui nou proces vizînd identitatea, care poate fi dezvoltat mai mult printr-o practică de sponsorizare cum ar fi oferirea unui refugiu, numirea adecvată și binecuvîntările.

Oferirea unui refugiu înseamnă oferirea unui loc sigur, atît la nivelul minții-corpului, cît și al comunității, pentru o persoană sau o experiență. Asta implică atingerea cu prezența umană, acordarea permisiunii de a exista, ascultarea profundă și amplificarea conexiunii cu aceasta. Este ceea ce face un artist cînd întîmpină impulsurile creative sau ceea ce face un părinte cînd copilul vine spre el avînd un genunchi julit. Dacă aceste simțuri receptate sînt ignorate, respinse sau blestemate, ele pot deveni nesuferite și insuportabile. Potențialul lor uman nu va fi îndeplinit, iar consecința va fi suferința reală. Prin urmare, miza este enorm de mare.

A gîndi în acești termeni sugerează că ne imaginăm cum centrul persoanei are două niveluri: contextul emoțional și conținutul emoțional. Virginia Satir a evidențiat această diferență, adresînd unei persoane două întrebări: (1) Ce simțiți în legătură cu asta? (2) Ce simțiți în legătură cu felul în care percepeți acest lucru? Prima întrebare vizează conținutul emoțional; a doua este legată de contextul sentimentului în care este inclus conținutul. Cea din urmă este deosebit de importantă: persoana care își creează un refugiu minte-corp în cadrul căruia orice experiență poate vizita contextul unui sentiment a făcut astfel încît atît experiența, cît și persoana (persoanele) implicată (implicate) să poată „lăsa asta să se întîmple”.

Marele avantaj al creării unui refugiu este că acesta diferențiază experiența de persoana care o are. Acesta este obiectivul principal al multor practici minte-corp, inclusiv al hipnozei, al meditației, al desensibilizării și al reprocesării prin mișcarea globilor oculari (EMDR) și al abordării relațiilor cu sinele. De exemplu, cînd apare experiența furiei, dacă i se

pune la dispoziție un loc (burta, de exemplu), acea persoană poate să fie martoră a furiei fără să se identifice cu ea. Concomitent, dacă i se oferă refugiu într-un centru al minții-corpului (inimă, plex solar sau burtă), primește un „recipient” anume, astfel încît nu se revarsă, nu se proiectează și nu copleșește persoana respectivă sau pe alții.

Cum persoana poate fi martoră, se poate trece la numirea adecvată. Nu este vorba despre o clasificare obiectivă, ci mai degrabă despre o intersectare a simțului receptat cu limbajul. Nu este un act de separare sau de disecție, ci de comuniune a subiectului cu obiectul. Numirea adaugă unei experiențe arhetipale un nivel cu totul uman, transformînd-o și extinzînd-o la nivelul conștiinței umane. (În absența limbajului, o experiență este trăire, dar nu umană.) În cazul majorității simptomelor, o experiență semnificativă nu a fost numită adecvat, îmbrățișată și binecuvîntată; prin urmare, este dominantă, dar pare să nu aibă valoare umană, din simplul motiv că sponsorii implicați nu au întîmpinat-o cum se cuvine și nu au desemnat-o ca fiind valoroasă.

De exemplu, un bărbat care își petrecuse o mare parte din viața adultă ca avocat de elită, foarte sîrguincios, a început s-o ia mai ușor cînd a împlinit 70 de ani. Noaptea se simțea extenuat, corpul îi era devastat de anxietate, temeri și griji. Încercările sale de a-și supune cu forța oboseala nu au făcut decît să înrăutățească situația. Cînd în sfîrșit a încetinit ritmul și și-a ascultat simțul receptat în inima sa, prezența „morții” a fost simțită și numită. A izbucnit în suspine care au continuat o vreme. După ce suspinele au încetat, a vorbit despre cum fugise de moarte și cum acum îl copleșea. Conversațiile ulterioare cu „moartea” i-au clarificat interesele vizînd viața și

aprecierea clipelor frumoase pentru o perioadă cît mai îndelungată, fapt care a condus la o schimbare semnificativă a stilului său de viață și a relației „capului” său cu „inima”.

Există multe moduri în care pot fi numite adecvat experiențele receptate, dar nesponsorizate. De exemplu, un exercițiu simplu pe care îl folosesc adesea cu cuplurile și uneori cu clienții individuali implică să-i îndemn să stea confortabil, concentrați, deschiși, conectați unul la celălalt. Partenerul A face următoarele afirmații:

• Azi mă simt rănit în legătură cu .
• Azi îmi doresc .
• Azi sînt puternic în privința .

Pentru fiecare spațiu gol, persoanei respective îi vine în minte un cuvînt sau o sintagmă, apoi o rostește. Este important ca acestea să nu fie stabilite anterior; răspunsul trebuie să vină doar prin ascultarea centrului, decurgînd firesc. De exemplu, persoana poate spune: „Azi mă simt rănit în legătură cu *dorul de fiica mea*... Azi îmi doresc *să fiu ținut în brațe*... Azi sînt puternic în privința *comunicării cu ceilalți*”. Formulînd fiecare experiență, persoana încearcă să lase energia să se ridice din centrul său și să se extindă în cîmpul relațional care îi conține pe ambii parteneri. Aceasta este apoi eliberată, urmează o pauză tăcută, apoi este executată următoarea frază. După ce Partenerul A încheie trei afirmații, Partenerul B răspunde prin propriile sale afirmații, tot trei. Ciclul poate fi repetat, de obicei de cinci-șase ori.

Un astfel de exercițiu care poate fi practicat și în singurătate sau în tăcere, pe parcursul unei conversații, constituie o modalitate simplă de a sponsoriza orice apare în centrul cuiva. Conștientizarea unei experiențe activate îi

conferă un loc, iar conexiunea dintre sinele cognitiv și centrul somatic îi poate permite fiecărei experiențe să devină mai degrabă o resursă valoroasă decît o iritare care distrage atenția sau provoacă simptome. Iată cît de importantă poate fi sponsorizarea.

Cultivarea energiilor arhetipale: îndîrjire, tandrețe
și vioiciune

Sponsorizarea eficientă, fie a sinelui, fie a altei persoane, impune folosirea cîtorva energii complementare. De exemplu, un sponsor util trebuie să fie capabil să întruchipeze și să extindă îndîrjirea în multe moduri: a se dedica, a vedea dincolo de „fleacuri”, a-și menține concentrarea, a lua în serios o persoană, a respecta și a defini delimitări și așa mai departe. Un sponsor bun trebuie să cultive în egală măsură tandrețea proprie și pe a celorlalți, printr-o prezență alinătoare, prin capacitatea de a mișca și de a fi mișcat emoțional, printr-o prezență blîndă și amabilă, prin compasiune și așa mai departe. De asemenea, sponsorizarea presupune și sentimentul jocului sau al vioiciunii: un licăr în priviri, simțul umorului, capacitatea de a avea perspective multiple și de a trece grațios de la una la alta și așa mai departe.

Un sponsor care nu dispune de nici una dintre aceste energii poate întîmpina dificultăți. Îndîrjirea de sine stătătoare degenerează în rigiditate și iritabilitate. Tandrețea de sine stătătoare poate aluneca într-o sentimentalitate

dulceagă. Vioiciunea, în sine, poate face totul să pară un joc cinic. Un efect mult mai puternic are îndîrjirea tandră asociată cu umorul bine sincronizat. Astfel, o sponsorizare eficientă se străduie să cultive și să îmbine aceste energii complementare într-o abordare unică, concentrată.

La începutul unei ședințe, de obicei mă verific pe mine însumi, ca să mă asigur de prezența simțului receptat corespunzător fiecăreia dintre aceste energii. Dacă nu există, acord cîteva momente accesării fiecăreia dintre ele, în interiorul meu. Apoi încerc să văd dacă simt prezența fiecărei energii în interiorul clientului. Acest lucru poate fi dificil inițial, deoarece clientul poate să dea impresia că manifestă o singură energie. De exemplu, o nouă clientă s-a prezentat recent într-o dispoziție disperată, regresivă, vulnerabilă. Deși i-am acceptat dispoziția drept validă și autentică, am încercat să-i simt îndîrjirea ascunsă și „neastîmpărul interior” înainte să merg mai departe. După ce am reușit să le percep, am simțit o conexiune mult mai profundă, respect și calm dinspre ea.

Aceste energii arhetipale pot fi cultivate în multe moduri. De exemplu, un exercițiu de antrenament efectuat în diade decurge astfel:

1. Partenerii stau confortabil, concentrați, deschiși, conectați unul cu celălalt.

2. Partenerul A spune: Observă-mi tandrețea…
Observă-mi îndîrjirea…
Observă-mi vioiciunea…
Observă-mă.

3. Partenerul B spune: Observă-mi tandrețea…
Observă-mi îndîrjirea…

Observă-mi vioiciunea…
Observă-mă.
4. Partenerul A spune: Îți văd tandrețea…
Îți văd îndîrjirea…
Îți văd vioiciunea…
Te văd pe tine.
5. Partenerul B spune: Îți văd tandrețea…
Îți văd îndîrjirea…
Îți văd vioiciunea…
Te văd pe tine.
6. Partenerul A spune: Fie ca tandrețea să rămînă cu noi…
Fie ca îndîrjirea să rămînă cu noi…
Fie ca vioiciunea să rămînă cu noi…
Fie ca fiecare dintre noi să rămînă cu noi.
7. Partenerul B spune: Fie ca tandrețea să rămînă cu noi…
Fie ca îndîrjirea să rămînă cu noi…
Fie ca vioiciunea să rămînă cu noi…
Fie ca fiecare dintre noi să rămînă cu noi.

În privința exercițiului „Azi mă simt rănit în legătură cu…”, obiectivele majore sînt relaxarea, cufundarea în centru, conectarea cu partenerul, folosirea conștientizării exprimării, cu scopul de a contacta și de a activa un centru emoțional, apoi extinderea energiei în cîmpul interpersonal. Acesta nu este doar scopul hipnozei, ci și al altor arte performative: crearea și exprimarea unei experiențe întrupate într-un cîmp energetic relațional. În această relaționalitate întrupată, vechile tipare pot fi reorganizate în semnificații noi.

Fiecare energie arhetipală are multe forme: integrată sau neintegrată, nedezvoltată sau matură și așa mai departe.

Recunoscînd acest lucru, terapeutul poate percepe o „problemă” drept o formă nedezvoltată sau neintegrată a unei resurse esențial umane. Astfel, o persoană mînioasă poate fi profund apreciată pentru îndîrjirea ei și poate fi încurajată: „Fă mai mult, fă mai bine!”, în moduri care să conecteze îndîrjirea cu alte energii și să permită dezvoltarea unor forme noi, mai utile. Din nou, un principiu elementar al abordării relațiilor cu sinele este faptul că problema reprezintă soluția: ceea ce pare să nu aibă nici o valoare se poate transforma – în condițiile unei sponsorizări adecvate – într-o expresie profund valoroasă.

Înlocuirea sponsorizării negative cu sponsorizarea pozitivă

Fiecare dintre noi are în minte mulți sponsori, unii pozitivi, alții negativi. Un sponsor pozitiv este cel care (1) contribuie la stimularea conștientizării valorii și talentelor sinelui, (2) contribuie la stimularea conștientizării valorii și talentelor lumii și (3) contribuie la promovarea practicilor și intuițiilor care conectează cele două domenii. Un sponsor negativ este cel care (1) nu permite conștientizarea valorii și talentelor sinelui, (2) nu permite conștientizarea valorii și talentelor lumii și (3) promovează practici și tradiții centrate pe neglijarea sau abuzul față de sine, de alții și de lume. Folosind aceste definiții, majoritatea oamenilor pot identifica ușor în viețile lor exemple de sponsori atît pozitivi, cît și negativi.

Pe parcursul explorării aspectelor sensibile în terapie, se întîmplă adesea ca sponsorii negativi să fie activați.

Abordarea relațiilor cu sinele sugerează că o experiență dificilă devine un simptom clinic cînd se întîmplă trei lucruri: (1) sinele somatic/arhetipal simte o perturbare (ceea ce numim activarea unui „sine neglijat”), (2) sinele cognitiv normal se deconectează sau disociază și (3) sponsorii negativi preiau „sinele neglijat”. Terapeutul trebuie să fie atent cînd se întîmplă aceste lucruri și trebuie să ia măsuri pentru a înlocui mesajele negative de sponsorizare cu unele pozitive.

Acest lucru se poate realiza în mod direct prin (1) identificarea unei secvențe problematice repetitive în viața unei persoane, (2) conectarea la acel loc în care, în cadrul secvenței, persoana accesează un simț perceput al unei perturbări somatice (adică un sine neglijat), (3) identificarea mesajelor negative de sponsorizare care influențează sinele negativ și (4) înlocuirea lor cu sponsori pozitivi. De exemplu, Jill era o persoană de 51 de ani care avea o carieră de succes de consultanță în afaceri. S-a plîns că devine anxioasă cînd vorbește cu clienți noi. Am analizat un astfel de exemplu și a observat că începea să simtă „tensiune și teamă” în plexul solar, cu aproximativ 30 de minute înainte de o întîlnire. Relațiile cu sine au evidențiat faptul că nu astfel de experiențe perturbante sînt problema; problema (sau soluția) apare la nivelul modului în care sînt sponsorizate acestea. Pentru a identifica mesajele negative de sponsorizare, lui Jill i s-a cerut:

1. Cînd trăiți acele experiențe dificile, concentrați-vă o clipă și simțiți prezența mamei dumneavoastră în cameră. În timp ce faceți asta, pur și simplu observați ce ar spune sau ce ar face ea, dacă ar fi martoră la dificultățile pe care le relatați acum.

Jill și-a imaginat că mama ei ar fi foarte tăcută și deprimată, mesajul implicit fiind: „Ceri prea mult de la tine, vei avea de suferit”. Cînd am întrebat-o, a observat că plexul ei solar a reacționat la acel mesaj cu o senzație copleșitoare de teamă. Am comentat:

— E bine de știut… că, atunci cînd auzi acest mesaj, sinele tău interior simte asta.

Apoi i s-a cerut:

2. Cînd reveniți la senzația că vă luptați cu acea experiență a anxietății, concentrați-vă o clipă și simțiți prezența tatălui în cameră. În timp ce faceți asta, observați doar ce ar spune sau ce ar face el, dacă ar fi martor la experiența dumneavoastră.

Jill a simțit că tatăl ei devenea tensionat, că îi spunea să se concentreze doar la ceea ce are de făcut și să uite de sentimentele ei. Ea a simțit că plexul solar îi reacționează la acest mesaj cu un sentiment sporit de teamă și confuzie. Am încurajat-o să analizeze și să conștientizeze pur și simplu fiecare reacție interioară la fiecare mesaj de sponsorizare.

Apoi i-am indicat că acest sentiment de teamă va reveni de multe ori de-a lungul vieții ei. Ea afla cum o sponsorizau mama și tatăl ei și cum reacționa sinele ei interior la astfel de mesaje de sponsorizare. Cu toate că era bine să știe asta, era și mai bine că acum era rîndul ei: avea „primele opțiuni” sub aspectul sponsorizării acelui sentiment, cînd va reveni. Am analizat modul în care sponsorizarea pozitivă poate presupune crearea unui loc pentru acel sentiment, perceperea lui cu blîndețe, ascultarea atentă, numirea sa corectă și purtarea unui dialog în colaborare cu el. I-am arătat că, atunci cînd apare sentimentul, sinele ei cognitiv poate continua să

existe, efectul fiind integrarea minte-corp care ar permite noi răspunsuri creative.

Pe măsură ce și-a însușit acest raționament integrat corporal, a fost cuprinsă de un calm profund. Părea radioasă și liniștită. I-am sugerat să-și imagineze că traversează secvența problemei, menținîndu-și această sponsorizare pozitivă a sinelui. A parcurs cu succes procesul nu doar în cadrul ședinței, ci și cînd s-a confruntat cu provocări reale în următoarele cîteva luni.

Acest exemplu prezintă doar una dintre numeroasele modalități prin care sponsorizarea pozitivă o poate înlocui pe cea negativă (vezi Gilligan, 1997, pentru alte exemple). Pentru a încuraja acest proces, este important să recunoaștem că uneori apare rezistența. De exemplu, o persoană poate spune că nu merită bunătate sau respect. În astfel de cazuri, poate fi util să accesăm mai întîi tiparele de sponsorizare pozitivă ale acesteia față de alte persoane importante – de exemplu, un copil, un animal sau prietenul cel mai bun. (Majoritatea oamenilor știu cum să aibă grijă de alții mult mai bine decît știu să aibă grijă de ei înșiși.) De exemplu, Ray era un client care se simțea extrem de nesigur fiindcă își putea pierde slujba. Refuza pur și simplu să-și sponsorizeze pozitiv sentimentele de confuzie și de teamă, susținînd că nu meritau să li se acorde atenție. L-am întrebat dacă are copii; s-a înduioșat și mi-a vorbit despre cei trei băieți ai lui. Dacă unul dintre fiii lui ar simți confuzie și teamă, l-am întrebat eu, cum ar reacționa? L-ar dojeni? L-ar lovi? I-ar administra electro-șocuri? I-ar spune să meargă în camera lui și să nu iasă pînă cînd îi dispar acele sentimente?

La fiecare dintre întrebările mele, Ray a răspuns „Nu”, nu ar face niciodată așa ceva. De fiecare dată l-am aprobat cu îndîrjire blîndă:

— Da, văd că nu i-ați face asta fiului dumneavoastră.

L-am întrebat apoi cum ar reacționa dacă ar fi vorba despre alt fiu, despre un prieten sau despre oricine altcineva. Ar răni, pedepsi sau ignora acea persoană? La fiecare întrebare a răspuns din nou: „Nu”; am continuat să-i confirm răspunsurile. Cînd l-am întrebat ce ar face într-o astfel de situație, a spus cu convingere că ar vrea să sprijine și să aline persoana aflată în dificultate. I-am spus că eu eram profund convins că ar sprijini cu blîndețe pe oricine s-ar afla într-o astfel de situație, astfel că adevărata întrebare era: Nu era și el cineva? Nu era și el o ființă umană care merita respect, dragoste și bunătate? În timp ce lăcrima, i-am sugerat să-și acceseze sinele interior, să atingă locul în care simțea confuzie și să ofere sponsorizare pozitivă. Astfel, a început un proces de reconectare cu centrul ființei sale, care a continuat în multe moduri pozitive în următoarele luni.

Analiză

Fiecare persoană a primit o viață pe care s-o trăiască și de care să se bucure. Acest dar se întinde pe o perioadă de-a lungul căreia o multitudine de experiențe esențiale ajung în centrul persoanei și în cîmpul conștientizării ei. Sponsorizarea este procesul de relaționare care conferă

formă, semnificație și valoare fiecăreia dintre aceste experiențe fundamentale. Sponsorizarea poate fi pozitivă – adică poate stimula conștientizarea bunătății și a talentelor sinelui și ale lumii – sau negativă, sub forma insultelor sau a neatenției care amorțește sau obscurizează conștientizarea sinelui și a lumii. Inițial, sponsorizarea este efectuată integral de către alții, dar, pe măsură ce dezvoltarea psihologică se intensifică, apare și posibilitatea autosponsorizării. Sponsorizarea pozitivă permite modificarea și evoluția unui tipar experiențial, în timp ce sponsorizarea negativă rigidizează forma și semnificația unui tipar, silindu-l să se repete mereu, într-un proces numit de Thomas Merton „suferință ineficientă”.

Cînd suferința cauzată de sponsorizarea negativă devine insuportabilă, pot apărea comportamente perturbante, care sînt tentative nereușite de a rezolva problema. Comportamentele care din afară par irațională și de neînțeles pot fi percepute cu compătimire drept eforturi importante în vederea vindecării. Demonstrînd și încurajînd sponsorizarea pozitivă a acestor experiențe neplăcute, poate să aibă loc o transformare minunată. O viață trăită în teamă și oprimare poate deveni una trăită cu curaj, acceptarea sinelui și încîntare. Acesta este impactul pe care îl poate avea sponsorizarea pozitivă.

Bibliografie

Erickson, M.H. (1980a). *The nature of hypnosis and suggestion: The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*, vol. I (E.L. Rossi, ed.). New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1980b). *Innovative hypnotherapy: The collected papers of Milton Erickson on hypnosis*, vol. IV (E.L. Rossi, ed.). New York: Irvington.

Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method.* New York: Guilford.

Gilligan, S.G. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Gilligan, S.G. (1997). *The courage to love: Principles and practices of self-relations psychotherapy.* New York: Norton.

Gordon, D., Meyers-Anderson, M. (1981). *Phoenix: Therapeutic patterns of Milton H. Erickson.* Cupertino, CA: Meta Publications.

Merton, T. (1964). *Gandhi on non-violence: A selection from the writings of Mahatma Gandhi.* New York: New Directions.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch. R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution.* New York: Norton.

Whyte, D. (1994). *The heart aroused: Poetry and the preservation of the soul in corporate America.* New York: Currency Doubleday.

Capitolul 28

Contractele matrimoniale eficiente

Carol Lankton

Cînd sînt povestite exemple de terapie efectuată de Milton Erickson, acestea arată că, de cele mai multe ori, în final, clienții s-au căsătorit, au avut mulți copii și au trăit fericiți pînă la adînci bătrîneți, atestînd astfel succesul tehnicii. Și de ce n-ar fi așa? Acesta este semnalul tangibil că acei clienți au parcurs în mod adecvat ciclul vieții de familie și etapele normale de evoluție. În *Uncommon Therapy*, Jay Haley (1973) a suprapus această structură a ciclului existențial peste numeroase exemple de cazuri în care Erickson tratase cu succes pacienți care manifestau o mare varietate de simptome. Erickson nu își situase terapia în cadrul terapiei familiale, deși orientarea solidă spre familie era implicită în activitatea sa. Haley consideră că problemele umane sînt inevitabile cînd o familie evoluează în mod normal de-a lungul timpului (sau cînd nu reușește să facă asta). Abordarea specifică lui Erickson, de bun-simț, era să intervină astfel încît clienții săi să depășească orice obstacole care îi împiedicau să evolueze liber, fie că era vorba despre a face curte, începutul căsătoriei, crearea unor contracte matrimoniale armonioase și

satisfăcătoare, a avea copii, creșterea copiilor sau ajutarea copiilor să-și înceapă viața pe cont propriu.

Opinia lui Erickson cu privire la terapia maritală

Acest capitol se axează pe etapa creării, menținerii și revizuirii contractelor maritale benefice, care contribuie la satisfacția reciprocă a ambilor parteneri. În volumul editat de Haley, *Conversations with Milton H. Erickson: Changing Couples* (1985a), Erickson a descris o căsnicie reușită drept una în care ambii parteneri au experiența iubirii mature, care este capacitatea de a te bucura de bucuria celuilalt. Fericirea în căsnicie se amplifică atunci cînd ambii parteneri respectă privilegiul celuilalt de a se bucura de plăcerile speciale, particulare pe care le dorește acesta și pur și simplu apreciază faptul că celălalt este fericit. Partenerii nu trebuie să împărtășească aceleași plăceri și nici măcar nu trebuie să le înțeleagă. Erickson le atrăgea atenția cuplurilor că nu pot să împărtășească în mod egal toate lucrurile (și nu trebuie să aspire la asta), deoarece, din punct de vedere biologic, sînt făpturi complet diferite și au multe interese diverse. Au nevoie doar de suficiente interese și plăceri comune pentru a crea un echilibru favorabil între autonomie și relație. În cadrul acestui echilibru, ambele persoane realizează anumite lucruri pentru sine, pentru celălalt și pentru viețile lor împreună.

Asemenea unei mari părți din înțelepciunea lui Erickson, această noțiune de echilibru pare simplă în teorie. Totuși, poate fi prea complexă pentru a putea fi pusă în practică de mulți oameni. Erickson a explicat că mulți „se maturizează convinși că au idei bune. [...] Ei nu învață niciodată să respecte valoarea ideilor separate [...] și întîmpină dificultăți cînd încearcă să se influențeze reciproc" (Haley, 1985a, p. 5). În acest cadru, problemele maritale apar ca urmare a unui efort prea mare depus de fiecare dintre soți pentru a-l transforma pe celălalt. Mai mult, fiecare are convingerea greșită că are dreptul să-l facă pe celălalt să se schimbe. La o ceremonie de căsătorie pe care Erickson a oficiat-o pentru noi în 1979, a spus: „În primul rînd, vreau să vă dojenesc fiindcă sînteți amîndoi orbi. Dar să nu vă faceți griji, asta se va rezolva și veți începe să vedeți fiecare greșelile celuilalt. Cînd se va întîmpla asta, să nu renunțați la greșelile voastre, fiindcă veți avea nevoie de ele pentru a înțelege și a accepta greșelile partenerului!". Această recomandare paradoxală de a se accepta unul pe celălalt, cu greșeli cu tot, este incompatibilă cu impulsurile de corectare reciprocă. Iar greșelile pot fi utilizate chiar și pentru însemnătatea lor în promovarea toleranței și a înțelegerii.

Abordarea lui Erickson cu privire la terapia maritală reflectă în mod esențial aceleași principii ale utilizării, ale contextualizării pozitive, ale prescrierii simptomelor, ale redirecționării, ale distragerii atenției, ale determinării clienților să devină activi și ale reasocierii experiențelor de viață, evidente în întreaga sa activitate. Diverse tehnici, precum hipnoza, confuzia, metafora, temele de lucru și recontextualizarea, pot fi în egală măsură prezente sau

absente din fiecare mod de terapie. Presupunerea că oamenii au probleme psihologice din cauză că nu știu să-și pună experiențele dorite în contexte în care acestea sînt necesare poate fi aplicată cu ușurință oricărei etape a ciclului existențial sau a căsniciei. Cînd se ocupa de un client, Erickson evalua necesitățile contextului particular și experiențele necesare. Apoi, bazîndu-se pe orice tehnică îi este adecvată clientului, facilita o „reasociere a vieții experiențiale", care, în general, rezolva dilema. De obicei, nu se deranja să discute motivul pentru care acele experiențe nu fuseseră condiționate să apară în context. Pur și simplu, acționa în maniera cea mai eficientă pentru a-i determina pe clienți să depășească în mod normal obstacolele anterioare.

Opiniile numeroșilor practicieni ericksonieni

Haley (1973, 1985a, 1985b) este recunoscut de obicei drept principalul comentator al operei lui Erickson aplicată la terapii maritale și familiale deoarece a colaborat cu Erickson mult timp, aproape două decenii, și datorită propriului său interes legat de terapia familială, într-un cadru evolutiv orientat spre sănătate. Haley este cel care a folosit pentru prima dată termenul „strategic" pentru a descrie terapia în care practicianul este activ și își asumă responsabilitatea pentru inițierea impulsului spre schimbare. El a descris modul în care Erickson exemplifica acest element în abordarea sa

foarte distinctă a terapiei familiale. Procedînd astfel, Haley i-a influențat pe mulți alții care au încercat să clarifice și să analizeze opera lui Erickson sub aspectul factorilor sistemici specifici (Araoz, 1988; Czech, 1988; Dammann, 1982; Loriedo, 1985; Malarewicz, 1988; Ritterman, 1983; Schmidt și Trenkle, 1985). Bateson (1972, 1979), Watzlawick (1976), Bandler, Grinder și Satir (1976), Fisch, Weakland și Segal (1982), Madanes (1983), Kershaw (1992), Weiner-Davis (1986) și De Shazer (1988) au descris cu toții contribuțiile creative și de pionierat ale lui Erickson la terapia maritală și de cuplu, sub aspectul tiparelor de limbaj, al concentrării asupra soluțiilor și al atitudinii epistemologice. Toți acești practicieni și-au pus amprentele unice asupra aspectelor influenței, congruente cu stilul lor individual. Activitatea lui Erickson a funcționat ca un ecran de proiecție pentru teoreticieni și le-a oferit informațiile pe care le-au contextualizat în diverse formulări conceptuale. Totuși, fiecare aplicație diversă derivă din convingeri fundamentale despre oameni, cum ar fi faptul că fiecare comportament este o încercare de a rezolva o anumită problemă sau de a atinge un obiectiv legitim. Deși sînt favorizate diverse strategii de intervenție, orientările implicite ale ecosistemelor și aspectele influenței ericksoniene au impact amplu și profund (Fisch, 1990).

Crearea unor contracte matrimoniale eficiente

În calitate de terapeut ericksonian, le spun multe povești clienților. Cînd cuplurile sînt într-o criză de tranziție, evaluez dacă acestea simt că au permisiunea de a depăși un tipar vechi – și dacă sînt capabile să-l depășească – și de a revizui un contract depășit, fără să pună capăt mariajului. Multe cupluri pe care le văd sînt prinse într-un contract matrimonial pe care nu-și amintesc să-l fi creat conștient. Totuși, acesta le unește și, fiindcă nu prea sînt conștiente de controlul pe care îl are asupra diverselor lor acțiuni și interpretări, se simt neajutorate și confuze. Pot avea anumite probleme cu care se prezintă la terapie, dar nu le recunosc drept simptome ale contractului lor marital moștenit, neanalizat, care de obicei le impune limite și este învechit, nemaifiind potrivit pentru ei acum. Nici nu prea gîndesc în termenii a ceea ce ar vrea să realizeze sau cum anume ar afla că au succes. Fiecare crede adesea că celălalt este dușmanul sau cel care provoacă probleme și percepe în mod selectiv „dovezi” în sprijinul acelei convingeri. Comunicarea cu privire la ceea ce își doresc amîndoi este inexistentă sau ineficientă.

Împărtășesc adesea cu astfel de cupluri povestea lui Erickson despre un caz în care o femeie a solicitat hipnoza ca s-o ajute să renunțe la fumat. Apoi a comunicat singură informația, irelevantă, că era căsătorită de 20 de ani și avea doi copii adolescenți, că soțul ei avea 56 de ani și era profesor universitar și că ea era specialistă în domeniul sănătății mentale și cîștiga la fel de bine ca soțul ei. Erickson i-a spus:

„Femeile de vîrsta dumneavoastră care vor să folosească hipnoza ca să renunțe la fumat de obicei nu sînt sincere. Ca să-mi demonstrați că sînteți sinceră, aș vrea să urcați pe vîrful Squaw în fiecare dimineață, la răsărit, timp de o săptămînă, iar apoi să veniți să mă vedeți sîmbăta viitoare” (Erickson, 1979). Cînd femeia a venit la ședință, Erickson i-a confiscat țigările și chibriturile și i-a spus că le va arunca la gunoi dacă nu le va solicita într-un interval de două săptămîni. Ea a sugerat să-și aducă și țigările de acasă, iar Erickson a lăudat ideea ca fiind bună. Și acestea i-au fost luate. I s-a spus că ședința s-a încheiat și a fost întrebată dacă vrea să plătească cu un cec sau cash. Ea și-a exprimat alegerea, a plecat de la ședință, a mers acasă și i-a cerut în mod hotărît soțului ei să coopereze cu ea și a perseverat pînă cînd el a fost de acord. Era ceva nemaiauzit în cei 20 de ani de căsnicie ai lor. Ea i-a cerut să bată la mașină ceva pentru ea, iar el, obișnuit să fie beneficiarul serviciilor, a refuzat. El nu și-a dat seama că o întreagă reorganizare a contractului era iminentă și că lumea sa era pe cale să se schimbe.

Cum și de ce soția lui, dintr-odată, nu mai era dornică să continue să joace rolul pe care îl avusese de atîta vreme fără să se plîngă? Poate că insistența ei asociată era stimulată de toată acea perseverență concretă necesară ascensiunilor pe munte. Sau poate că se datora modului în care Erickson demonstrase genul de confort pe care îl poți avea cînd faci o solicitare, insistînd ca ea să urce pe munte ca să-și demonstreze sinceritatea, spunîndu-i să-și aducă țigările și să le lase la biroul lui sau chiar comunicîndu-i că ședința s-a încheiat și întrebînd-o cum preferă să plătească. Influența directivelor, provocărilor și încurajării lui Erickson nu poate fi

evaluată direct, dar, datorită unei anumite combinații de resurse, cînd soțul ei i-a refuzat cererea, ea a perseverat, ba chiar a insistat. A povestit că soțul ei, după ce a bombănit mult, a bătut la mașină cu dușmănie o scrisoare care „conținea mai multe greșeli decît este uman posibil să fie comise într-o scrisoare”. Soția a declarat-o inacceptabilă și a insistat ca el s-o scrie corect. El a stins lumina și s-a băgat în pat. Atunci ea a aprins din nou lumina, a tras așternuturile, l-a apucat de glezne și i-a pus picioarele pe podea, trăgîndu-l la propriu din pat. Ea i-a spus: „Vreau să bați la mașină scrisoarea în seara asta”. Convins că soția pe care o cunoștea era posedată de cine știe ce forțe, a decis să dea curs solicitării ei simple. Cînd soția i-a relatat lui Erickson întîmplarea, a recunoscut că situația mariajului lor nu era chiar roz. Drept dovadă, i-a descris anii în care soțul ei îi dominase tiranic pe ea și pe copii, faptul că nu le permitea copiilor să asculte muzica pe care o îndrăgeau sau să primească prieteni în vizită. A spus că, atunci cînd s-au căsătorit, soțul ei insistase să învețe să prepare feluri rafinate și să gătească fiecare prin rotație, cîte o săptămînă. „Dar, în 20 de ani de căsnicie, săptămîna lui de gătit încă nu a sosit”, i s-a plîns ea lui Erickson.

În acel moment, Erickson i-a spus că trebuie să meargă acasă și să-i spună soțului că săptămîna în care era rîndul lui să gătească sosise, în sfîrșit. Ea a obiectat, spunînd că el pur și simplu va fierbe cartofi și va prăji hamburgeri. I s-a spus să aducă acasă feluri rafinate gata preparate pentru ea și pentru copii și să-l lase pe soțul ei să mănînce ce va găti. Soția, implicată acum prea profund ca să mai procedeze altfel, i-a urmat instrucțiunile și s-a întors după o săptămînă să

raporteze rezultatele. Soțul gătise ce anticipase ea și s-a holbat la ei în timp ce ei își mîncau felurile rafinate. Acum era rîndul ei să gătească și, cum soțul ei petrecuse o săptămînă întreagă arătîndu-i ce feluri de mîncare prefera de fapt, Erickson i-a explicat că trebuia să continue să cumpere feluri gata preparate pentru ea, fiul și fiica ei, dar să gătească hamburgeri prăjiți și cartofi fierți pentru soțul ei. În mod miraculos, în săptămîna a treia, cînd i-a venit din nou rîndul să gătească, soțul învățase să facă asta acceptabil. Și, desigur, în casa lor nimic nu a mai fost la fel. Soția a ajuns să admită că nevoile ei erau legitime și că nu mai era dispusă să joace rolurile complementare care mențin un dictator la putere. Aproape simultan, soțul ei își descoperise o flexibilitate pe care nu și-o conștientizase, reușind să joace un rol mai degrabă cooperant decît pe cel al unui tiran care nu poate fi contestat. Copiilor li s-a permis să asculte muzică împreună cu prietenii. Despre fumat nu s-a mai vorbit niciodată, iar țigările, cel mai probabil, au ajuns la gunoi.

Această poveste punctează cîteva aspecte convingătoare despre posibilitatea efectuării unor schimbări drastice ale obiceiurilor, fără a cunoaște măcar motivul; ea ilustrează comportamentele comice asociate cu acțiunile de a solicita ceea ce îți dorești și de a persevera cu încredere pînă cînd obții acel lucru, precum și faptul uimitor că oamenii de la care nu te-ai fi așteptat pot fi în realitate destul de flexibili dacă li se acordă ocazia. Spun această poveste deoarece vreau să arăt că începerea terapiei reprezintă o oportunitate pentru parteneri de a descoperi că sînt, în fond, liberi să negocieze ei înșiși orice contract matrimonial își doresc! Singura condiție este să creeze un contract care să fie adecvat pentru amîndoi. Prin

urmare, ce își doresc amîndoi? Pun această întrebare și aștept încrezătoare să-mi spună ei mie, dar, din păcate, puține cupluri știu exact ce anume își doresc. Chiar dacă știu, există adesea inhibări condiționate care îi împiedică să exprime asta. Nu vor să pară egoiști sau pretențioși. Și, de cele mai multe ori, pur și simplu le lipsește exercițiul de a motiva acțiunile prin stabilirea unor obiective.

Dacă le cerem membrilor unui cuplu să-și imagineze că sînt într-o relație care într-adevăr li se potrivește și îi satisface, uneori rezultatul va consta în faptul că vor identifica elementele dorite și le vor împărtăși entuziasmați partenerului, care își va exprima acordul cu însuflețire. Totuși, cel mai adesea, această solicitare va avea ca efect privitul în gol, priviri pline de expectativă îndreptate spre celălalt, ridicatul din umeri și așteptarea ca terapeutul să ofere răspunsul „corect”! Nu vor prezenta această „paralizie” dacă li se cere să descrie lucrurile care le displac la celălalt. După ce am blocat astfel cuplurile, sînt dispusă să le utilizez conștientizarea aspectelor care le displac drept mijloc de a descoperi ce-și doresc. Folosirea unei probleme ca mijloc de adunare de informații, pentru a clarifica dorințe, face uneori existența problemei meritorie. Le pot cere să-și revizuiască în tăcere nemulțumirile și să identifice fiecare, separat, scopul ideal implicat în fiecare și să-i împărtășească partenerului informația respectivă. Alternativ, ei fac afirmații de tipul „Vreau ca tu să…” sau „Îmi place cînd tu…”, care încep să înfățișeze o relație ideală.

Pe măsură ce partenerii încep să-și ceară unul altuia într-o manieră mai directă ceea ce are fiecare nevoie, îi îndemn adesea să specifice comportamentele dorite, mult mai clar

decît ar face-o de obicei, incluzînd chiar un scenariu cu cuvintele pe care vor să le audă unul de la celălalt. Limbajul poate fi vag și abstract, iar oamenii folosesc cuvinte pentru a transmite diferite mesaje. Partenerii pot simți că i-au comunicat celuilalt necesitățile cînd, de fapt, este posibil ca persoana respectivă să fi înțeles complet greșit mesajul. De exemplu, „am nevoie de susținerea ta” se poate traduce într-o mare varietate de acțiuni specifice. Unul dintre soți poate spune aceste cuvinte vrînd ca partenerul să-i ofere un masaj, iar celălalt interpretează cuvintele drept o solicitare de a da un sfat. Sau poate că soțul decide să-l „susțină” pe celălalt abținîndu-se de la critici, dar cealaltă persoană vrea doar să fie ținută în brațe. Partenerii trebuie să se ajute reciproc prin întrebări de tipul: „Cum ai vrea să te susțin acum?”. Printr-o exactitate sporită, devenită un obicei, cuplurile își îmbunătățesc semnificativ șansele ca nevoile să le fie satisfăcute.

Convingeri care eficientizează contractele

Există o serie de convingeri care conduc la îmbunătățirea contractelor maritale. Convingerea ambilor soți că nevoile lor sînt acceptabile și că pot într-adevăr să întreprindă acțiuni pentru a le satisface este prima pe listă. De asemenea, îi ajută foarte mult să creadă că se pot baza unul pe celălalt pentru a coopera, pentru a ține unul la altul, pentru a fi receptivi la nevoile și sentimentele exprimate, pentru a putea depăși

exprimarea sentimentelor negative și chiar pentru a beneficia de pe urma lor și pentru a spune adevărul despre propriile lor nevoi, sentimente, lucruri plăcute și neplăcute, pe măsură ce ajung să-l descopere. Deși multe cupluri fac acuzații superficiale reciproce, de obicei sînt de acord cu faptul că nu ar mai rămîne în relația respectivă dacă ar fi convinși de faptul că celuilalt nu-i pasă, că nu se poate avea încredere în sinceritatea lui sau că le vrea răul. Dacă îi convingem să cadă de acord cu privire la termenii unei formulări a misiunii căsniciei, îi ajutăm să-și consolideze aceste convingeri fragile. O versiune elementară ar fi: sîntem o echipă și ne-am propus să ne satisfacem împreună necesitățile individuale mult mai bine decît am putea s-o facem independent. Apartenența la această echipă implică acceptarea faptului că fiecare dintre noi îi sporește valoarea și că amîndoi conștientizăm validitatea și importanța nevoilor fiecăruia. Este foarte încurajator pentru fiecare partener să considere că celălalt îl susține necondiționat în îndeplinirea dorințelor personale, chiar dacă nu împărtășește neapărat acele dorințe sau nu înțelege cît sînt de importante.

Înnoirea jurămintelor

Nu există mijloc mai potrivit de a sărbători un „nou” contract matrimonial decît înnoirea jurămintelor, adăugarea unor elemente importante care probabil au fost trecute cu vederea la ceremonia inițială. Dacă aleg să accepte această

misiune, le cer celor doi soți să jure solemn să-și spună adevărul unul altuia, pe măsură ce ajung să-l cunoască, cu privire la cum se simt și ce își doresc, la ce au nevoie și la ce nu le place. Dacă au avut curajul să facă primul jurământ, îl fac și pe următorul, de obicei mai dificil, care presupune să-i acorde crezare celuilalt atunci cînd își comunică unul altuia cum se simt și ce nevoi au. La urma urmei, fiecare este expertul incontestabil cu privire la propriile sale sentimente și percepții și tocmai a jurat să-i spună adevărul partenerului în care are încredere. Ce motive ar putea avea să mintă? Teama de conflict sau de a-l răni pe celălalt este menționată adesea ca răspuns. Prin urmare, în cadrul celui de-al treilea nivel al jurământului, soții se asigură reciproc că pot face față chiar dacă aud adevăruri „nepopulare" sau „vești proaste" despre lucruri care nu le plac, despre sentimente rănite, mînie și așa mai departe. Poate că nu le place, dar pot face față. Nu trebuie protejați de sentimentele celuilalt, bune sau rele. Dacă vor să se protejeze reciproc de ceva, spuneți-le să se protejeze de implicația demoralizatoare că nu vor sau nu pot să gestioneze adevărul sau să fie receptivi față de sentimentele celuilalt.

După ce au făcut aceste jurăminte, cuplurile ajung în „runda fulger". Cu alte cuvinte, au șansa să descopere cît de educativ și de edificator poate fi „conflictul lucrativ". Dacă exprimă ceea ce vor și simt, evident că șansele ca necesitățile să le fie satisfăcute cresc, iar partenerul este perceput ca fiind motivat (chiar onorat) să i se acorde încredere, să fie inclus și să i se permită să se implice și să ajute persoana iubită să-și satisfacă acele nevoi. A avea ca partener o persoană pe care te poți baza pentru îndeplinirea necesităților este liniștitor și conferă siguranță, minimalizînd astfel nevoia de a ghici la

întîmplare ce se dorește. Dar, concomitent, dacă cei doi soți își asumă acest risc, ei pot facilita apariția unui conflict direct, cînd se dezvăluie faptul că au preferințe opuse sau nevoi incompatibile. Totuși, într-o relație bazată pe dragoste și egalitate, acesta este însuși stimulul pentru a găsi calea de mijloc, prin care ambii să primească cît de mult se poate din ceea ce își doresc să obțină. Sau, cînd este vorba despre o decizie de tipul „totul sau nimic”, ei evaluează care necesitate este mai urgentă, iar celălalt cedează. Evident, asta nu va funcționa dacă doar unul dintre soți cedează mereu.

Cazul oceanului și al rîului

Una dintre ariile de potențial conflict vizează gradul de intimitate dorit de fiecare dintre soți. Desigur, nu există un nivel corect, iar oamenii diferă între ei în funcție de caracter, educație, cultură, etapa existențială și momentul zilei, sub aspectul perceperii nevoii de intimitate cu altă persoană. Carol și Walt erau clienți care întruchipau această dilemă. Argumentele lor despre nevoile incompatibile vizînd intimitatea erau atotcuprinzătoare. Carol aprecia *foarte mult* intimitatea și își dorea „un ocean întreg”, spunea ea, care s-o cuprindă, s-o înconjoare și s-o îmbrățișeze tot timpul. Walt însă provenea dintr-o familie *extrem* de retrasă și de rezervată emoțional și își prețuia foarte mult spațiul personal, în care s-ar fi retras fericit ore în șir. Deoarece nemulțumirea lui Carol cu privire la acest aranjament era foarte pregnantă, ea lua în

calcul divorțul și a apelat la terapie drept ultimă soluție. Deoarece Walt o iubea de fapt foarte mult pe Carol (în felul său) și nu voia să divorțeze, a făcut mari eforturi pentru a se implica în momente intime care, pentru el, erau dificile și stînjenitoare. Aceste eforturi au avut drept rezultat un șuvoi constant sau un „rîu” de intimitate pe care Carol l-a întîmpinat cu bucurie, de care a depins și pe care chiar a ajuns să-l accepte drept un nivel satisfăcător de intimitate. Și-a reevaluat nevoia anterioară de a fi mereu împreună drept un semnal al nesiguranței și o nevoie de aprobare cu care nu se mai identifica. S-a eliberat de o poftă obsesivă învechită și, simultan, și-a ajutat soțul să-și dezvolte opțiunea de a se conecta într-o manieră mai revelatorie emoțional, astfel îmbunătățindu-și viața. Și-au creat împreună un contract reciproc satisfăcător.

S-au străduit mult și din greu pentru a ajunge la acest succes. Și-au comunicat atent și sistematic nevoile specifice, durerile, frustrările și temerile în doze acceptabile, astfel încît celălalt să le poată auzi, să și le poată aminti și să poată reacționa la ele. Amîndoi au prezentat într-o manieră orientată spre obiective ceea ce voiau ca partenerul să înțeleagă, descriind sentimente și nevoi, fără să învinuiască sau să atace. Au realizat acest lucru chiar cînd sentimentul pe care-l comunicau era mînia, suferința sau tristețea. S-au obișnuit să folosească fraze cu structuri dezvoltate, cum ar fi: „Sînt mînios pe tine cînd mă critici *și* ceea ce mi-aș dori ar fi să-mi spui că mă iubești”. Și-au exprimat sentimentele negative și le-au folosit drept puncte de plecare care au condus la nevoi asociate din punct de vedere logic, dar neformulate anterior. Detectarea mîniei a devenit o ocazie de

a se concentra asupra sinelui, de a identifica necesitatea și de a o comunica partenerului.

Comunicarea eficientă este un proces ciclic. Am analizat avantajele identificării nevoilor de către soți și ale împărtășirii lor cu celălalt, fapt care presupune și participarea lor în calitate de ascultători empatici, activi. În terapia de cuplu, obiectivul este ca soții să învețe să se asculte unul pe celălalt cel puțin la fel de empatic pe cît o face terapeutul. Acest lucru ar trebui să fie posibil, deoarece se presupune că soții se iubesc unul pe celălalt, în timp ce terapeutului pur și simplu îi pasă într-un mod impersonal, detașat. Soții pot dobîndi acest fel de reacție modelînd interacțiunea terapeutului cu fiecare dintre ei și totodată prin intermediul directivelor din cadrul ședinței, pentru ca fiecăruia să-i vină rîndul să vorbească doar după ce a reușit să înțeleagă (fără să fie neapărat de acord) ceea ce încerca să spună celălalt vorbitor. Pot fi nevoiți să parafrazeze ceea ce au auzit, pentru a corecta neînțelegerile și uneori pentru a-i inspira vorbitorului o claritate mai mare pe parcursul procesului. Ascultătorul poate pune întrebări pentru a înțelege sau poate ajuta vorbitorul să se concentreze la ceea ce-și dorește. Ascultătorul a promis deja să creadă orice îi împărtășește vorbitorul, dar acest acord nu înseamnă neapărat că înțelege sau că îi place acest adevăr.

Carol și Walt s-au confruntat cu o dificultate sub acest aspect, cînd Walt a plănuit să rămînă o zi în plus la o conferință la care participa. Carol nu a putut înțelege această decizie, deoarece ea ar fi luat primul avion spre casă. S-a străduit din greu să nu decidă pur și simplu că probabil Walt nu prețuiește relația lor la fel de mult ca ea și, în schimb, a ascultat opinia lui despre această situație. Inițial, el fusese

tentat să cedeze presiunii ei implicite de a se întoarce acasă, cum ar fi făcut ea în locul lui, ca să-i demonstreze că o iubește. Dar această acțiune i-ar fi provocat resentimente. În schimb, el a explicat că prețuia relația și că avea o dorință perfect validă de a rămîne o zi în plus, din motive pe care ea nu le înțelegea, dar le accepta. A fost un exemplu de manifestare a acelei iubiri mature despre care vorbea Erickson. Ea s-a bucurat că el s-a simțit bine.

Presupunerea succesului și așteptările pozitive

Contextualizarea pozitivă se bazează pe convingerea fundamentală că orice comportament este o încercare de a rezolva o anumită problemă sau de a atinge un obiectiv legitim. Sintagma este folosită de terapeuți ericksonieni de orientări diverse. Această convingere constituie temelia utilizării oricărui fapt prezentat, drept mijloc de a atinge obiective relevante. Se manifestă aproape continuu în fiecare etapă a terapiei și, într-adevăr, creează o atmosferă terapeutică bazată pe speranță și posibilitate. Comportamentele descrise drept problematice sînt acceptate ca fiind valide, iar inevitabilitatea comportamentului dorit este presupusă, tocmai prin intermediul capacității de a prezenta ceea ce fusese considerat o problemă. Aproape orice orientare a personalității, orice simptom sau orice îngrijorare poate fi contextualizată drept o capacitate care

conduce într-un mod necesar la opusul său dorit. Trebuie doar să acceptăm clienții și să proclamăm prezența unui punct forte chiar în ceea ce ei consideră a fi o slăbiciune, un defect sau o problemă. „Să nu renunțați la greșelile voastre, fiindcă veți avea nevoie de ele ca să înțelegeți și să acceptați greșelile partenerului!”

Actualizarea permanentă a contractului matrimonial depinde de înțelegerea acelor situații despre care cei doi parteneri afirmă că își doresc să se întîmple. Dacă această înțelegere poate surveni doar prin gestionarea funcționării actuale aparente a unui simptom, aceasta este metoda validă. Partenerilor li se poate cere să se imagineze într-un viitor în care problema actuală este rezolvată într-un mod cît mai satisfăcător și cuprinzător. În timp ce ei spun ce percep în acest viitor, se conturează un contract matrimonial provizoriu. Folosirea unui verb la timpul viitor anterior („Priviți în viitor, cînd *veți fi* realizat…”) presupune succesul pe care au reușit să-l atingă tocmai ca rezultat al blocajului care i-a condus la terapie. Apoi mai trebuie doar să fie ajustate detaliile și să ne asigurăm că ambii susțin opțiunea discutată și că imaginea include toate resursele dorite.

Dar ei nu trebuie să se limiteze la evaluarea modului în care au rezolvat problemele cu care s-au prezentat la terapie. Este posibil să-și dorească să se considere pe sine merituoși și demni de încredere și să-și imagineze cum vor fi creat noi niveluri de intimitate, împărtășire și sprijin reciproc, prin interacțiuni bazate pe respect și încredere. Pot să se vadă pe ei înșiși impunînd limite și delimitări, asumîndu-și responsabilitatea pentru alegeri, creînd oportunități pentru a se conecta și pentru a fi singuri. Se pot vedea revizuind noul

contract matrimonial, atunci cînd acesta va fi devenit inactual, în viitor. Cînd cuplurile sînt de acord că astfel de imagini sînt pe placul lor, apare o profeție inconștientă, ca aceea care îi influențase mai devreme. Este o profeție care se îndeplinește de la sine și care menține dorințele stabilite de comun acord oarecum în afara conștiinței obișnuite, „bîntuindu-i" pînă cînd visul devine realitate. Totuși, ei își pot asuma pe deplin responsabilitatea și meritele pentru că l-au realizat pornind de la dorințele lor, pe care le-au conștientizat și le-au împărtășit pe parcursul terapiei.

Convingerea că orice realizează celălalt reprezintă cea mai bună alegere făcută pînă acum pentru rezolvarea unei probleme sau a unei nevoi situează partenerii în poziția de a pune sub semnul întrebării modul în care pot ajunge să facă o alegere mai bună, mai potrivită pentru ambii. În cazul anumitor cupluri, aceasta poate include acordul reciproc cu privire la faptul că nevoile și scopurile lor individuale, diferite și poate incompatibile ar fi satisfăcute cel mai bine prin a pune capăt căsniciei. Chiar și divorțul poate fi realizat fără vinovăție: fără ca nimeni să fie cel bun sau cel rău, sîntem doar tu și cu mine și pur și simplu nu ne punem de acord. Clienții din cazul „ocean-și-rîu" ar fi putut foarte bine să facă parte din acest grup, doar că între ei exista acordul că dorințele amîndurora erau mai degrabă asemănătoare decît diferite. Ei au decis să tolereze diferențele și preferințele distincte care nu aveau să dispară niciodată, oricît de multe schimbări ar fi avut loc. Unele cupluri pot învăța chiar să se bucure cu adevărat de acele diferențe, să găsească inspirație în ele, să le cultive și să le aprecieze drept aspecte esențiale pentru identitatea partenerului și pentru ceea ce îl face demn

de iubit. Apoi, ei pot avea mulți copii și pot trăi fericiți pînă la adînci bătrîneți, ca subiecții din cazurile lui Erickson.

Idei practice

► Soții trebuie să se accepte, nu să se schimbe unul pe celălalt. Diferențele dintre ei pot deveni o sursă de bucurie.

► Soții pot avea orice contract matrimonial doresc (și asupra căruia pot cădea de acord!). Pot renunța la rolurile vechiului mariaj, continuînd căsnicia. Înnoirea jurămintelor matrimoniale, pentru a include sinceritatea profundă cu privire la nevoi, îi conduce la o formulare modernă a obiectivului lor.

► Terapeuții pot utiliza orice problemă cu care se prezintă cuplul drept modalitate de a atinge rezultatele dorite. În măsura în care soții au ajuns să aibă problema respectivă, cu atît mai mult ei sînt capabili să găsească o soluție autentică și unică.

► Toți trebuie să anticipeze succesul pe care îl vor avea după ce vor rezolva problemele actuale.

► Terapeuții pot încuraja strategia motivațională prin care a dori ceva constituie un motiv suficient. Convingeți partenerii că este normal să-și schimbe opiniile și să lase în urmă ceea ce a funcționat pînă la un moment dat, doar fiindcă așa vor ei!

► Terapeuții pot consolida convingerea că partenerii vor evalua, revizui și îmbunătăți contractele matrimoniale eficiente, în mod *continuu*.

Bibliografie

Araoz, D. (1988). *The new hypnosis in family therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification.* New York: Holt Rinehart & Winston.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind.* New York: Ballantine Books.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature.* New York: Dutton.

Berne, E. (1972). *What do you say after you say hello? The psychology of human destiny.* New York: Grove.

Czech, N. (1988). Family therapy with adolescent sex offenders. În J. Zeig, S. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian psychotherapy: State of the arts. Proceedings of the Third International Congress on Ericksonian Therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Dammann, C. (1982). Family therapy: Erickson's contribution. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 193-200). New York: Brunner/Mazel.

Dell, P. (1985). Understanding Bateson and Maturana. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 1-20.

De Shazer, S. (1988). Utilization: The foundation of solutions. În J. Zeig, S. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian psychotherapy: State of the arts. Proceedings of the Third International Congress on Ericksonian Therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M. (1979). Comunicare personală.

Erickson, M. (1983). *Healing in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson*, vol. I (E.L. Rossi, M.O. Ryan, F.A. Sharp, eds.). New York: Irvington.

Erickson, M. (1985). *Life reframing in hypnosis: The seminars, workshops, and lectures of Milton H. Erickson*, vol. III (E.L. Rossi, M.O. Ryan, F.A. Sharp, eds.). New York: Irvington.

Erickson, M., Rossi, E. (1981). *Experiencing hypnosis: Therapeutic approaches to altered state.* New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic realities: The induction of clinical hypnosis and forms of indirect suggestion.* New York: Irvington.

Fisch, R. (1990). The broader interpretation of Milton H. Erickson's work. În S. Lankton (ed.), *The Ericksonian monographs*, nr. 7: *The issue of broader implications of Ericksonian therapy* (pp. 1-5). New York: Brunner/Mazel.

Fisch, R., Weakland, J., Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly.* San Francisco: Jossey-Bass.

Godin, J. (1988). Evocation and indirect suggestion in the communication patterns of Milton H. Erickson. În S. Lankton, J. Zeig (eds.), *The Ericksonian monographs*, nr. 4: *Research, comparisons and medical applications of Ericksonian techniques* (pp. 5-11). New York: Brunner/Mazel.

Haley, J. (1963). *Strategies of psychotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Haley, J. (ed.) (1967). *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Grune & Stratton.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* New York: Norton.

Haley, J. (1976). *Problem solving therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, J. (1985a). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. II: *Changing couples.* New York: Norton.

Haley, J. (1985b). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. III: *Changing children and families.* New York: Norton.

Havens, R. (1985). *The wisdom of Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Jackson, D. (ed.) (1968a). *Communication, family, and marriage: 1.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Jackson, D. (ed.) (1968b). *Therapy, communication, and change: 2.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Kershaw, C. (1992). *The couple's hypnotic dance.* New York: Brunner/Mazel.

Laing, R.D. (1967). *The politics of experience.* New York: Ballantine Books.

Laing, R.D. (1972). *The politics of the family.* New York: Ballantine Books.

Lankton, C. (1985). Elements of an Ericksonian approach. În S. Lankton (ed.), *Ericksonian monographs*, nr. 1 (pp. 61-75). New York: Brunner/Mazel.

Lankton, C., Lankton, S. (1989). *Tales of enchantment: Goal-oriented metaphors for adults and children in therapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lankton, S. (1988). Ericksonian systemic approach. În S. Lankton, J. Zeig (eds.), *Developing Ericksonian psychotherapy: State of the arts. Proceedings of the Third International Congress on Ericksonian Approaches to Psychotherapy* (pp. 417-437). New York: Brunner/Mazel.

Lankton, S., Lankton, C. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Lankton, S., Lankton C. (1985). Ericksonian styles of paradoxical therapy. În G. Weeks (ed.), *Promoting change through paradoxical therapy* (pp. 134-186). Homewood, IL: Dorsey Press.

Lankton, S., Lankton, C. (1986). *Enchantment and intervention in family therapy: Training in Ericksonian approaches.* New York: Brunner/Mazel.

Loriedo, C. (1985). Tailoring suggestions in family therapy. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches in psychotherapy*, vol. II: *Application* (pp. 155-162). New York: Brunner/Mazel.

Lustig, H. (1975). *The artistry of Milton H. Erickson, M.D., part I and part II* (casetă video). Haverford, PA: Lustig.

Madanes, C. (1983). *Strategic family therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Malarewicz, J. (1988). Ericksonian techniques in family therapy. În J. Zeig, S. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian psychotherapy: State of the arts. Proceedings of the Third International Congress on Ericksonian Psychotherapy* (pp. 446-451). New York: Brunner/Mazel.

Matthews, B., Bennett, H., Bean, W., Gallagher, M. (1985). Indirect versus direct hypnotic suggestions – an initial investigation: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 33(3), 219-223.

Matthews, B., Kirsch, I., Allen, G. (1984). Posthypnotic conflict and psychopathology – controlling for the effects of posthypnotic suggestion: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32(4), 362-365.

Matthews, W. (1985). A cybernetic model of Ericksonian hypnotherapy: One hand draws the other. În S. Lankton (ed.), *The Ericksonian monographs*, nr. 1 (pp. 42-60). New York: Brunner/Mazel.

Maturana, H., Varela, F. (1987). *The tree of knowledge.* Boston: New Science Library, Shambhala.

Murphy, M. (1988). A linguistic-structural model for the investigation of indirect suggestion. În S. Lankton, J. Zeig (eds.), *The Ericksonian monographs*, nr. 4: *Research,*

comparisons and medical applications of Ericksonian techniques (pp. 12-27). New York: Brunner/Mazel.

O'Hanlon, W. (1987). *Taproots.* New York: Norton.

Otani, A. (1989). An empirical investigation of Milton H. Erickson's approach to trance induction: A Markov chain analysis of two published cases. În S. Lankton (ed.), *The Ericksonian monographs*, nr. 5: *Ericksonian hypnosis: Application, preparation and research* (pp. 35-54). New York: Brunner/Mazel.

Ritterman, M. (1983). *Using hypnosis in family therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Rosen, S. (1980). *My voice will go with you.* New York: Norton.

Rossi, E.L. (ed.) (1980). *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. I: *The nature of hypnosis and suggestion*; vol. II: *Hypnotic alteration of sensory, perceptual and psychophysical processes*; vol. III: *Hypnotic investigation of psychodynamic processes*; vol. IV: *Innovative hypnotherapy.* New York: Irvington.

Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Schmidt, G., Trenkle, B. (1985). An integration of Ericksonian techniques with concepts of family therapy. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches to psychotherapy*, vol. II: *Application* (pp. 132-154). New York: Brunner/ Mazel.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness, foundations of a theory of personal conduct.* New York: Hoeber-Harper.

Watzlawick, P. (1976). *How real is real? Confusion, disinformation, communication.* New York: Vintage Books.

Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication.* New York: Norton.

Watzlawick, P., Weakland, J., Fisch R. (1974). *Change.* New York: Norton.

Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.

Weiner-Davis, M. (1986). What's new at BFTC? *The Underground Railroad*, 6(2), 7-8.

Yapko, M. (1990). *Therapeutic trances.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1980). *A teaching seminar with Milton H. Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1982). *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.) (1985a). *Ericksonian approaches to psychotherapy*, vol. I: *Structures.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (ed.). (1985b). *Ericksonian approaches to psychotherapy, vol. II: Application.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1985c). *Experiencing Erickson: An introduction to the man and his work.* New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J. (1985d). Ethical issues in Ericksonian hypnosis: Informed consent and training standards. În J. Zeig (ed.), *Ericksonian approaches to psychotherapy*, vol. I: *Structures* (pp. 451-474). New York: Brunner/Mazel.

Zeig, J., Lankton, S. (eds.) (1988). *Developing Ericksonian psychotherapy: State of the arts. Proceedings of the Third International Congress on Ericksonian Psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 29

Simptomul ascuns în terapia sexuală

Daniel L. Araoz

Diferența esențială dintre terapia sexuală obișnuită și hipnoterapie constă în așa-numitul simptom ascuns (Araoz, 1998). Walen (1980) a fost primul care a identificat acest simptom în disfuncțiile sexuale. Deoarece simptomul ascuns este predominant inconștient și astfel se manifestă în imagini, metafore și simboluri, este totodată un concept ericksonian. Atît în teorie, cît și în practică, este una dintre acele manevre psihoterapeutice bazate pe observație clinică și pe descoperire, pe care ar fi folosit-o chiar și Erickson. Beahrs (1990) afirmă pe bună dreptate că orice psihoterapie este la urma urmei autoterapie, iar prima condiție pentru a iniția autoterapia este să încetăm să ne mai transmitem mesaje negative cu privire la problemele noastre, asta fiind ceea ce ne facem nouă înșine prin intermediul simptomului ascuns.

Totuși, înainte de orice altceva, trebuie să definim simptomul ascuns, limitîndu-ne aici la relevanța sa pentru terapia sexuală. Simptomul ascuns are trei elemente importante: *vorbitul cu sine însuși*, *ilustrarea prin imagini* și

ne-conștientizarea. Descrierea procesului poate clarifica definiția. Cînd oamenii întîmpină dificultăți sexuale de orice fel, de obicei încep să-și „spună” lor înșiși lucruri despre simptome. În cazul majorității celor care apelează la terapie, ceea ce-și spun lor înșiși nu are conținut pozitiv, înțelegător sau constructiv. Dimpotrivă, de obicei este chiar invers. Se învinuiesc pe ei înșiși, anticipează ce-i mai rău, întrețin teama și nesiguranța. Dar vorbitul cu sine însuși declanșează imaginile mentale, iar imaginile cărora această persoană simptomatică le permite să-i intre în minte sînt anticipări catastrofice, care se autoîndeplinesc, vizînd nenorocirea și eșecul absolut. Prin ne-conștientizare înțelegem faptul că persoana nu face acest lucru în mod deliberat sau intenționat. Respectivul nu este pe deplin conștient de negativismul de care dă dovadă.

Astfel, un bărbat heterosexual de 54 de ani trecea printr-o perioadă cu un libido scăzut, nu mai reacționa ca înainte cînd vedea o femeie frumoasă. Era mai puțin interesat de chestiuni sexuale și de activitatea sexuală decît în trecut. Înainte să decidă să apeleze la sprijinul unui profesionist, își spunea lucruri precum: „Îmbătrînesc, iar sexul devine o chestiune de domeniul trecutului”. Sau, mai rău, „sînt ca un «castrato» și cred că dorința mea sexuală a dispărut. Poate că am o tumoră pe creier sau ceva de genul ăsta. Soția mea a observat asta, poate că-și va găsi un amant”. Multe alte astfel de afirmații, incluzînd autodenigrarea și învinuirea, sînt adesea tipice: „E numai vina mea. E din cauză că am băut și am fumat atîta vreme, cum scria și în articolul acela din ziar”. Iar aceste afirmații, inevitabil, stîrnesc „amintiri” și imagini mentale ale suferinței viitoare.

Bărbatul se poate testa, privind sau citind materiale erotice, fără să aibă reacția sexuală pozitivă la care se aștepta, sau poate încerca să se masturbeze, iar obținerea erecției să dureze mai mult decît de obicei. În cele din urmă, cînd renunță la efort, din lipsă de interes, își consolidează convingerea că nu există speranță. Adăugați la aceasta următoarele imagini pesimiste. Se vede pe sine însuși stînd neputincios în fața unei femei atrăgătoare; zăcînd fără interes, nemișcat, în timp ce soția lui încearcă să-l excite; avînd un episod homosexual cu un tînăr, dar nesimțind nici o reacție sexuală. Toate acestea îl pot panica și mai mult, făcîndu-l să se teamă că își schimbă orientarea sexuală. Cu alte cuvinte, problema inițială tinde să se intensifice, odată cu simptomul ascuns.

Pînă cînd bărbatul vine la prima ședință de terapie sexuală, anxietatea lui s-a intensificat și a început să se simtă deprimat, drept consecință a tragediei autoregizate și inspirate de dificultățile lui sexuale. Diagnosticul diferențial este dorință sexuală inhibată, dar el a catastrofizat-o, ca să folosim verbul lui Albert Ellis, făcînd-o să devină o problemă majoră, poate de nerezolvat. Se teme că este posibil să nu existe o rezolvare pentru situația lui disperată.

Din această descriere poate fi dedusă definiția simptomului ascuns. Acesta este *o activitate mentală negativă semiconștientă sau complet inconștientă alcătuită din autoadresare dăunătoare și din imagini mentale ale unor probleme și suferințe mai ample*. Imaginile apar de obicei înainte de vorbitul cu sine însuși, dar persoana nu le conștientizează pînă cînd nu recunoaște cuvintele negative pe care și le spune. Acest proces mental este același

comportament cognitiv preconștient pe care l-am numit în termeni mai generali autohipnoză negativă (Araoz, 1995). Deși autohipnoza negativă se aplică multor domenii nonclinice, cum ar fi învățarea, concentrarea, încrederea în sine, creativitatea, promovarea și vînzările, cînd aceasta este identificată clinic drept componentă a unei anumite probleme, prefer să folosesc denumirea mai specifică de simptom ascuns.

În ceea ce privește disfuncțiile sexuale, simptomul ascuns ia forma autocriticii, a autoînvinuirii și a profețiilor care se autoîmplinesc. Pacienții consideră că vor eșua data viitoare cînd vor avea o experiență sexuală, iar partenerii fie vor rîde de ei, fie îi vor respinge. Ei chiar își spun lucruri negative precum: „Situația nu se va îmbunătăți niciodată; e tot mai rău".

Pentru o explicație a acestei reacții, care nu se limitează la simptomele disfuncției sexuale, ci se găsește în multe modificări ale funcționării normale a corpului nostru, modelul cognitiv al semnificației și autoreferinței al lui Mahoney (1991) este util. Acesta se rezumă la faptul epistemologic că observatorul uman modifică realitatea obiectivă observată, conform propriilor sale convingeri și așteptări. „Cunoașterea reflectă structurile profunde ale organismului care o întreprinde", spun Quiñones și Zagmutt (1996). În consecință, „cunoașterea" de către o persoană a realității obiective poate fi distorsionată sau eronată. Asta se întîmplă în cazul simptomului ascuns. Perceperea simptomului extern este distorsionată și interpretată negativ. Deoarece percepția și cunoașterea sînt atît active, cît și proactive, simptomul

ascuns „face” realitatea externă și mai dificil de gestionat și mai nocivă decît este deja.

Alt element important în înțelegerea simptomului ascuns se găsește în conceptul despre inteligență emoțională propus de Goleman (1998), care are trei componente: *conștientizarea emoțională*, *autoevaluarea justă* și *autoîncrederea*. Simptomul ascuns este un semnal al nerecunoașterii emoțiilor proprii și al modului în care acestea influențează eficiența persoanei. De asemenea, este un semnal al autoevaluării defectuoase, permițînd dificultății sexuale actuale să fie amplificată și distorsionată. În cele din urmă, este o manifestare a unei slabe valorizări a sinelui, sub presiunea unei dificultăți concrete din viața unei persoane. Înțelegerea intelectuală a problemei sexuale este dominată de componentele emoționale și interferează astfel cu competența personală (sexuală), agravînd problema „reală” a diagnosticului diferențial.

În cele din urmă, din perspectivă psihologică profundă, autohipnoza negativă în general pare asociată cu relații obiectuale deficitare în prima copilărie, cu traumele pe care le implică aceasta. Un studiu aflat încă în desfășurare implică zece psihoterapeuți care efectuează cercetări pe 60 de pacienți care au manifestat un grad înalt de autohipnoză negativă în primele două ședințe de terapie. Pe baza ipotezei că traumele asociate cu relațiile obiectuale timpurii pot predispune oamenii la autohipnoză negativă, sînt întrebați despre traumele timpurii din viața lor. Rezultatele inițiale ale acestei investigații par să arate o corelație solidă între traumele timpurii și autohipnoza negativă manifestată ulterior. Este ca și cum personalitatea arhaică și fragmentată (vezi Kohut, 1971, 1978) ar fi adoptat un stil negativ și este incapabilă să

perceapă clar aspectele pozitive ale vieții. În aceste cazuri, terapia scurtă ar fi contraindicată, deoarece acești oameni au nevoie de o reorganizare a personalităților lor sau de o refacere a sinelui, după cum se exprimă Kohut (1977).

Aplicații clinice

Specialistul în terapie sexuală care ignoră simptomul ascuns acționează în detrimentul pacientului. Pentru a evita o nesesizare a acestui element important al dinamicii disfuncției sexuale, terapeutul va începe întotdeauna prin a-i cere pacientului să se concentreze la problema care l-a determinat să consulte un specialist în terapie sexuală. Experiența m-a învățat să fac acest lucru în manieră experiențială, cerîndu-le pacienților să tacă, să-și închidă ochii și să se transpună mental în momentul în care au avut ultima oară acea problemă, să se vadă acolo. Cînd clinicianul le cere apoi să spună cu glas tare ce le vine în minte, ei povestesc inevitabil situația negativă, eșecul. Apoi, fără nici un fel de comentarii, întrebări sau interpretări, terapeutul adaugă imediat: „Și ce vă spuneți dumneavoastră înșivă în legătură cu această situație?”. Acum încep să apară afirmațiile negative.

Înainte de a începe orice „terapie sexuală” specifică, clinicianul se asigură că pacienții recunosc rolurile pe care le joacă (fără să conștientizeze pe deplin acest lucru, cu siguranță) în menținerea activă a simptomelor. Consecința pragmatică constă în faptul că un client poate corecta imediat

acest aspect al problemei, printr-o schimbare minoră a atitudinii sale mentale. Pentru a atinge acest scop, terapeutul întreabă dacă există alte lucruri adevărate, dar mai puțin negative, pe care clientul le poate spune sincer despre problema sexuală. În acest moment este foarte important ca terapeutul să aibă răbdare. În loc să-i sugereze răspunsurile, spunînd, de exemplu, „Soțul dumneavoastră este receptiv și înțelegător”, mai bine solicită direct și eficient: „Gîndiți-vă la un aspect al problemei care nu este negativ și rău”.

Cînd clientul oferă chiar și cel mai mic detaliu pozitiv, terapeutul îl poate utiliza. Să presupunem că pacientul afirmă că apropierea fizică de partener a fost plăcută la începutul întîlnirii. În acest caz, persoana este încurajată să-și concentreze atenția asupra amintirii acelui sentiment plăcut și „să se transpună din nou în acea situație”, folosind rememorarea hipnotică. Apoi clientul este rugat să repete afirmația respectivă cu entuziasm. Adesea, este util să-i cerem clientului să-și schimbe poziția corpului (de la a ședea relaxat la a ședea cu spatele drept, cum stau majoritatea oamenilor cînd afirmă ceva important și pozitiv) și s-o spună cu mîndrie și convingere sau cu dragoste și blîndețe.

Acesta este un pas important, deoarece un număr impresionant de clienți înfrumusețează spontan afirmația inițială și o dezvoltă, făcînd-o să pară și mai pozitivă, și mai plină de speranță. Trebuie să subliniem că această manevră nu are obiectivul de a distrage atenția persoanei de la problema care trebuie rezolvată sau de a-i oferi asigurări false. Scopul este modificarea orientării atenției, care să fie centrată pe soluție, nu pe problemă, și evidențierea faptului că se pot face unele progrese imediat dacă elementele pozitive

ale situației sexuale nu sînt trecute cu vederea. Este ca și cum clienții, concentrîndu-se asupra problemei, nu vor să țină cont de elementele autentice, pozitive din imaginea de ansamblu. Reflectînd din nou la ideile lui Goleman (1998), suspectez că persoanele cu inteligență emoțională redusă devin pacienții noștri în terapia sexuală, iar ceilalți își gestionează singuri problemele sexuale eficient, fără să le exagereze printr-o atitudine mentală nocivă.

Abordarea problemei specifice

După ce clientul și-a recunoscut rolul în problema sexuală, este pregătit să recunoască două elemente importante ale acesteia. Primul constă în „mesajele” negative (exprimate prin cuvinte și imagini mentale) pe care persoana și le poate comunica sieși. Al doilea constă în ceea ce poate face clientul (și cum o poate face) pentru a minimaliza problema, transformînd autohipnoza negativă în alte mesaje adevărate și mai constructive.

Două exemple clinice ar putea fi utile, permițînd o mai bună înțelegere a modului în care se lucrează eficient cu simptomul ascuns, în beneficiul clientului.

Cuplul idealist

Căsătorite de doar două luni și jumătate, două persoane au venit la terapie, foarte supărate că sexul „nu era reușit”. El avea 44 de ani, iar ea 32. Cînd și-au descris problema, a devenit clar că aveau așteptări nerezonabile privind funcționarea sexuală. Foarte religioși, credeau că trebuie să aibă copii cît mai curînd posibil după nuntă. Cînd s-au căsătorit, ea era virgină, dar el avusese o viață destul de libertină de la vîrsta de 20 de ani și pînă după 30 de ani, înainte să se „convertească” la respectarea strictă a dogmelor religiei sale. Terapeutul le-a cerut să se gîndească puțin în tăcere la ceea ce însemna „sexul reușit”. După o scurtă perioadă de concentrare intensă, au spus cu glas tare ceea ce „credeau”. Ea a spus că vrea ca fiecare act sexual să fie „o experiență glorioasă”, dar că era îngrijorată că nu reacționa suficient de rapid la eforturile lui de a o excita. El a spus că vrea „să se concentreze în întregime asupra ei, simțindu-se pasional și absolut excitat”, dar că nu reușea, fiindcă își făcea griji cu privire la reacția ei și observa că ea nu răspundea pe de-a-ntregul la eforturile lui.

Cînd au fost întrebați ce își spunea fiecare în sinea lui în timpul actului sexual, el a afirmat că se învinuia, spunîndu-și că se aștepta ca ea să reacționeze ca femeile cu care avusese relații în trecut, înainte de convertirea sa religioasă. Ea, pe de altă parte, simțea că este o ratată, că nu îl satisface și se temea că el se va plictisi de ea și o va părăsi, pe plan emoțional. A fost benefic pentru ei să-și descrie aceste reacții în prezența celuilalt. El și-a exprimat remușcarea pentru „relele” din

trecut, iar ea s-a liniștit, dîndu-și seama că era stupid să încerce să fie perfectă, după cum s-a exprimat el.

În acest moment, terapeutul le-a cerut din nou să se concentreze în tăcere cîteva momente și să se gîndească la cel puțin un lucru bun privitor la relațiile lor sexuale. După o scurtă tăcere, ea a spus: „Vreau ca el să fie absolut fericit cu mine, sub aspect sexual", iar el a răspuns: „Și eu vreau ca ea să aibă cea mai bună experiență sexuală posibilă, deoarece s-a păstrat pentru mine toți acești ani". Analizînd aceste afirmații, și-au dat seama că fiecare avea dorințe pozitive referitoare la celălalt, dar și că acestea erau așteptări nerealiste. Terapeutul a folosit metafora copilului răsfățat și încăpățînat care face parte încă din personalitatea adultă și a lucrat pe scurt la identificarea dorințelor copilului, diferite de cele ale adultului.

Acesta este un exemplu al necesității educației sexuale în multe cazuri de terapie sexuală. Li s-a spus că, pentru orice cuplu dedicat, a avea un act sexual reușit presupunea mai mult timp, nu doar cîteva luni. Prin urmare, au fost încurajați să evalueze progresul pe care îl făcuseră din punct de vedere sexual de cînd erau căsătoriți. Au fost nevoiți să recunoască că lucrurile se îmbunătățiseră încetul cu încetul, că de fapt erau satisfăcuți sexual cînd nu-și analizau, nu-și evaluau sau nu-și criticau „performanța". De asemenea, li s-a amintit că accentul pus de religia lor pe procreare este asociat cu importanța de a avea o familie solidă și că este foarte dificil să ai o astfel de familie dacă părinții nu se cunosc cu adevărat unii pe ceilalți, dacă nu-și respectă diferențele și nu sînt cu adevărat iubitori unul față de celălalt. Asta i-a ajutat să-și dea seama că mai aveau de parcurs un drum lung. Destinația finală presupunea

răbdare, nu era un obiectiv la care să se aștepte să fi ajuns deja.

În acest caz, importanța simptomului ascuns este evidentă. Dacă terapeutul s-ar fi concentrat doar pe îmbunătățirea funcționării sexuale a cuplului, folosind îndeosebi tehnici comportamentale pentru a-i ajuta în acest scop, așteptările bazate pe convingeri nerezonabile ar fi continuat să saboteze orice progres veritabil. După ce și-au modificat acele așteptări și au acceptat necesitatea de a permite ca relația sexuală să evolueze, cei doi au simțit o mare ușurare. Au continuat să-și dezvolte relația și, după cîteva luni, erau într-adevăr pregătiți să devină părinți.

„Prizonier în alt corp”

O scurtă descriere a acestui caz de transsexualitate este prezentată în alt studiu (Araoz, Burte și Carrese, 1998). Aici mă voi concentra pe simptomul ascuns și pe tratamentul său. Celor interesați de această afecțiune le recomand Benjamin (1966), Money și Wiedeking (1980), Fausto-Sterling (1985) și Green și Fleming (1990).

Hal avea 35 de ani și încă mai locuia cu părinții cînd a început în sfîrșit terapia, disperat. Viața sa fusese alcătuită dintr-o serie de evenimente triste și dureroase legate de identitatea sexuală. În pofida faptului că avea organe genitale externe masculine, fusese convins de la vîrsta de trei-patru ani că era fată, iar acum, femeie. Deși promisese solemn în

fața unui rabin că nu se va mai îmbrăca niciodată în haine de femeie, nu reușise să respecte dorința părinților săi. Acum tatăl său avea o afecțiune cardiacă gravă, iar Hal era îngrozit să nu fie descoperit și să provoace astfel moartea tatălui său.

Terapeutul a evaluat clientul printr-o serie de teste psihologice, înainte de a pune diagnosticul de transsexualism, pentru a începe tratamentul personalizat. Terapeutul se aștepta ca acest client să atingă următoarele obiective: să-și accepte identitatea sexuală și să facă primii pași către realizarea acestui obiectiv; să-și implice părinții în decizia de a-și schimba sexul; să facă pașii necesari pentru a deveni femeie la nivel fizic, deoarece în mintea sa era deja. Cînd terapeutul l-a întrebat despre simptomul ascuns, au reieșit următoarele: a spus că se simte „ca un ciudat” și a tot continuat să se numească astfel, folosind și alte apelative, cum ar fi monstru, criminal și nebun. Mulți ani, avusese coșmaruri că este bătut crunt și lăsat să moară. Cînd se simțea deprimat din cauza situației lui, își imagina că își face rău, de exemplu, că aleargă în fața unui camion care merge cu viteză, că se taie, că se castrează sau că se otrăvește. De asemenea, își imagina că dă foc locuinței părinților, lăsîndu-i să moară în interior.

Trebuie evidențiat faptul că, prin conștientizarea existenței unui simptom ascuns, folosind întrebările esențiale menționate anterior, terapeutul ajunge la aceste chestiuni importante mult mai rapid și mai direct decît dacă ar proceda altfel. În prima parte a tratamentului, terapeutul l-a ghidat pe Hal spre informațiile necesare și spre un grup de transsexuali serioși, aflați în etapa de dinaintea intervenției chirurgicale din lungul proces al schimbării de sex. Această etapă include evaluări ale personalității, a trăi și a se îmbrăca conform

noului rol timp de un an, nouă luni de tratament cu estrogen și supraveghere medicală și psihologică continuă. De asemenea, terapeutul a făcut apel la metafora închisorii, des folosită de transsexuali, pe care Hal o folosise chiar în prima ședință. Pe parcursul anilor de terapie și pe baza a ceea ce îi dezvăluise istoricul vieții lui despre identitatea sa sexuală, clientul a repetat mental cum ar fi să fie femeie în societatea noastră și să fie eliberat din acea închisoare anatomică restrictivă. Autohipnoza negativă – respectiv simptomul ascuns – s-a modificat rapid, semn bun că închipuirile sale pe tema violenței și a morții nu erau consecința unei patologii grave, ci aveau ca sursă disperarea.

Pe parcursul a patru ședințe de terapie familială, părinții s-au împăcat cu situația, acceptînd ceea ce bănuiau de mult timp și oferindu-i acceptarea iubitoare și sprijinul de care avea nevoie pentru a demara schimbarea de sex. Alte cîteva ședințe de terapie familială au fost utilizate pentru a discuta multe detalii privind decizia sa drastică. Terapia individuală a continuat intermitent în următorii cinci ani, pînă cînd Nancy (fostul Hal) a devenit o femeie bine adaptată, cu o carieră de succes în domeniul proprietăților imobiliare și cu un cerc mare de prieteni care o respectau și îi admirau curajul.

Putem presupune în mod just că, acordînd atenție simptomului ascuns și gestionîndu-l, lungul proces al schimbării de sex a devenit mai lin și mai ușor. Dacă Nancy ar fi prezentat în continuare simptomul ascuns, asta nu ar fi ajutat-o, iar încercarea grea prin care trecea ar fi fost mai dificilă și mai dureroasă.

Concluzii

Scopul acestui capitol a fost aducerea în atenția hipnoterapeuților a simptomului ascuns, un fenomen hipnotic deosebit de util, care poate fi folosit în mod benefic în toate tipurile de terapie și mai ales în terapia sexuală. Simptomul ascuns se numește *hipnotic* (la fel cum profeția care se autoîndeplinește poate fi numită hipnotică) deoarece nu ține cont de rațiune și face ca imaginile mentale asociate cu eșecul, agravarea stării, învinovățirea și altele asemenea să pară o realitate obiectivă. Mai este numit și *util*, din perspectiva terapiei, deoarece apare frecvent și îi oferă terapeutului un punct de plecare pozitiv în drumul spre schimbare și dezvoltare personală. Deoarece oamenii vorbesc cu ei înșiși, a-l întreba pe client ce își spune despre problemă nu este niciodată o intenție primejdioasă. Pur și simplu, aflînd că există o atitudine negativistă, îi transmitem persoanei înțelegerea, grija și receptivitatea noastră – elemente importante pentru a stabili rapid o alianță de lucru în cadrul terapiei.

Acest fapt este ilustrat printr-un ultim exemplu de caz neasociat cu comportamentul sexual. O femeie foarte inteligentă de peste 50 de ani se simțea deprimată și neajutorată și se învinuia totodată că nu este capabilă să facă față celor mai importante persoane din viața ei. Nu-și dădea seama că era implicată într-o activitate mentală nocivă pentru sine și, cînd a renunțat la ea, a devenit mult mai eficientă în gestionarea problemelor complicate cu care se confrunta. Fără autohipnoza negativă, a reușit să inițieze terapia sinelui menționată anterior și să-și folosească resursele mentale pentru a judeca obiectiv ceea ce se întîmpla de fapt. Realitatea

implica următoarele personaje: un soț cu depresie clinică, cu 20 de ani mai mare decît ea, care refuza tratamentul pentru afecțiunea lui, o mamă pe moarte, suferind de Alzheimer, o fiică de 25 de ani, materialistă, care încerca să profite de ea cu orice ocazie, și un fiu de 28 de ani care insista să devină capul familiei, din cauza pasivității tatălui. Ea putea gestiona aceste dificultăți atîta vreme cît nu se învinuia pentru ele. Problemele erau reale, dar autohipnoza negativă – simptomul ei ascuns – le agrava. Simptomul ascuns este mult mai comun decît cred majoritatea specialiștilor din domeniul sănătății mentale.

În fiecare caz de terapie sexuală, deoarece problema este atît de personală și de delicată, clientul manifestă un simptom ascuns. Cei care nu îl au nu devin niciodată pacienți. Prima intervenție constă în a-i ajuta să-și schimbe părerea despre problemele lor, schimbînd modul în care vorbesc cu ei înșiși și toate imaginile negative pe care le creează astfel. Hipnoterapia îi poate ajuta pe clienți să facă asta: să-și schimbe autohipnoza negativă, să recontextualizeze, să folosească metaforele pozitive, să aibă încredere în inconștientul lor și să-și folosească resursele interioare. Eliminînd simptomul ascuns, găsim un spațiu vast în care să lucrăm constructiv, în beneficiul clientului.

Cercetările continue menționate anterior par să confirme ceea ce ne învață Seligman (1991) despre optimism. Acesta produce multe lucruri benefice, de la relații mai bune la mai multe asigurări de viață vîndute. Dar optimismul trebuie învățat sau, mai degrabă, trebuie să ne dezvățăm de negativism. Totuși, pentru a ne dezvăța de negativism, trebuie să-l descoperim, să-l recunoaștem și să găsim noi modalități de

a ne conecta cu mediul și cu ceea ce acesta ne rezervă. Asta facem cînd gestionăm simptomul ascuns.

Bibliografie

Araoz, D.L. (1995). *The new hypnosis.* Northvale, NJ: Jason Aronson. (Publicat pentru prima dată în 1985. *The new hypnosis.* New York: Brunner/Mazel.)

Araoz, D.L. (1998). *The new hypnosis in sex therapy.* Northvale, NJ: Jason Aronson. (Publicat pentru prima dată în 1982. *Hypnosis and sex therapy.* New York: Brunner/Mazel.)

Araoz, D.L., Burte, J., Carrese, M.A. (1998). The new hypnosis of Milton H. Erickson and sex therapy. Prezentare la Brief Therapy Conference, M.H. Erickson Foundation, New York, august 1998.

Beahrs, J.O. (1990). Strategic self-therapy. În J.K. Zeig, W.M. Munion (eds.), *What is psychotherapy? Contemporary perspectives.* San Francisco: Jossey-Bass.

Benjamin, N. (1966). *The transsexual phenomenon.* New York: Julian Press.

Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths of gender: Biological theories about women and men.* New York: Basic Books.

Goleman, D. (1998). *Working with emotional intelligence.* New York: Bantam Books.

Green, R., Fleming, D.T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. *Annual Review of Sex Research*, 1, 163-174.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self.* New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The restoration of the self.* New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1978). *The search for the self.* New York: International Universities Press.

Mahoney, M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy.* New York: Basic Books.

Money, J., Wiedeking, C. (1980). Gender identity/role: Normal differentiation and its transpositions. În B.B. Wolman, J. Money (eds.), *Handbook of human sexuality.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Quinones Bergeret, A., Zagmutt Cahbar, A. (1996). *Revista Americana Psicologica,* XIII, vol. VI, nr. 25, 55-70.

Seligman, M.E.P. (1991). *Learned optimism.* New York: Knopf.

Walen, S.R. (1980). Cognitive factors in sexual behavior. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 87-101.

Capitolul 30

Lucrul indirect cu cuplurile[1]

Teresa Robles

Cînd aplicăm principiile și tehnicile ericksoniene în lucrul cu cuplurile, trebuie să observăm că, în viziunea lui Milton Erickson, crizele care apar ca urmare a evoluției firești a cuplului se pot transforma în dificultăți din cauza contextului lor intim, cu alte cuvinte, conflictele cuplului sînt contextuale. Chiar dacă el nu a folosit în mod explicit o abordare sistemică, a ținut cont întotdeauna de reciprocitatea comportamentului, de modul în care un anumit comportament influențează alt comportament și viceversa. El a sugerat că o transă hipnotică poate surveni din interacțiuni și că un conflict conjugal vizibil este adesea o metaforă pentru ceva mai profund.

Activitatea terapeutică a lui Erickson cu cuplurile poate fi studiată prin intermediul lucrărilor *Uncommon Therapy* a lui Jay Haley (1973) și *An Uncommon Casebook* de O'Hanlon și Hexum (1990). În ambele lucrări se poate observa modul în care Erickson folosea atît sugestiile directe și indirecte în cazul cuplurilor, cît și toate tehnicile sale. Întotdeauna era foarte

atent să nu instituie coaliții, să pună capăt comunicării recurente dintre membrii cuplului în biroul său și să-i confrunte într-un mod blajin, pentru a le da șansa să-și revizuiască și să-și modifice ideile.

Ce spun unii experți

Acești terapeuți respectați au în comun faptul că apreciază abordările și principiile ericksoniene și că sînt interesați să le aplice, printre acestea numărîndu-se căutarea resurselor, încrederea în mintea inconștientă, evitarea etichetării pacientului și a comportamentelor sale și promovarea învățării de lucruri noi.

Jay Haley (1973), în lucrarea sa clasică *Uncommon Therapy*, sistematizează activitatea lui Erickson conform ciclurilor existențiale ale familiei.

William H. O'Hanlon (O'Hanlon și Hudson, 1995) a elaborat o terapie orientată pe soluții care poate fi aplicată atît indivizilor, cît și familiilor și cuplurilor și care pune accent pe descoperirea și modificarea tiparelor.

Carol Kershaw (1992) propune ca interacțiunile cuplurilor să creeze un dans hipnotic. Prin intermediul acestuia, ei își induc unul altuia o stare de transă. Ea spune că simptomele sînt modalități de comunicare ce dezvăluie dezechilibrul din relație. Crizele sînt oportunități de evoluție personală și conjugală. Din transa simptomatică poate fi indusă o transă vindecătoare. Munca terapeutică constă în întreruperea

acestui dans pentru a-i permite inconștientului să faciliteze noi modalități în care să se bucure de o experiență intimă și unică.

David L. Calof și Robin Simons (1996) lucrează cu vocile interne (internalizarea vocilor parentale) pentru a le modifica și transforma în resurse interne sau în părți care colaborează în vederea asigurării bunăstării persoanei respective.

Camillo Loriedo (1995) a elaborat o terapie concentrată pe terapeut care susține că, dacă terapeutul se schimbă, se schimbă și cuplul. Terapia este blocată ori de cîte ori este blocat terapeutul și este necesar ca acesta să se schimbe dacă se dorește continuarea terapiei. Cu alte cuvinte, pe lîngă folosirea experiențelor existențiale ca resurse, există intenția de a genera la terapeut schimbarea interioară necesară procesului terapeutic.

Un model pentru lucrul indirect cu cuplurile

Am crescut într-o familie mexicană din clasa de mijloc-superioară, în care toată lumea zîmbea și toți erau politicoși cu cei din jur, participînd totodată la un pact nerostit de a ține ascunse orice „secrete rușinoase”. Cu alte cuvinte, în esență, eram o familie care evita conflictele. În consecință, am învățat să gestionez comunicarea indirectă în mod natural. Aceste lecții mi-au permis să gestionez în terapie cuplurile care evită conflictele și care folosesc modalități indirecte de comunicare.

La rîndul lor, acestea m-au ajutat să învăț cuplurile care trăiesc într-o situație permanent marcată de nemulțumiri exprimate direct și certuri să-și dezvolte modalități indirecte de comunicare.

Unele reflecții teoretice

Înainte să devin psiholog clinician, am obținut o diplomă de masterat în antropologie socială. În calitate de antropolog, am observat modul în care tiparele sociale și culturale sînt transmise inconștient de la o generație la alta, astfel încît nouă ne este foarte greu să recunoaștem și să schimbăm atît procesul de transmitere, cît și conținuturile transmise (valori și tipare), deoarece nu le conștientizăm. De exemplu, sîntem învățați să percepem lumea ca și cum ar fi divizată în jumătăți: bună și rea, minte și corp, rațional și emoțional. Și sîntem învățați că prima jumătate din fiecare pereche este de prim rang, iar a doua este de nivelul doi, astfel încît cea din urmă trebuie să fie controlată de către prima. Toți am învățat că iubirea înseamnă sacrificiu și că trebuie să controlăm (adică să ascundem sau să nu percepem) durerea și emoțiile negative. Și devenim astfel implicați în duble constrîngeri sociale și culturale. Fiindcă iubirea înseamnă sacrificiu, dacă iubesc, sufăr, deoarece fac un sacrificiu și nu mă simt bine. Dar, dacă nu iubesc, tot nu mă simt bine.

Cred că majoritatea conflictelor cuplurilor și chiar cea mai mare parte a așa-numitei patologii, conform diverselor abordări teoretice, pot fi atribuite acelor lecții și constrîngeri duble, sociale și culturale (Robles, 1995a). Prin intermediul

activității și cercetării clinice, am descoperit că unele subiecte par să fie universale, cel puțin în societatea occidentală, deoarece provin din internalizarea acelor valori și tipare.

Modelul pe care îl propun constă într-un plan general de lucru cu hipnoza ericksoniană, subiecte universale și lecții culturale adaptate fiecărui cuplu (Robles, 1991).

Gregory Bateson (1979) ne amintește că, dacă observăm ceva prin lentile diferite, am putea avea o viziune mai completă asupra obiectului. În concepția mea, epistemologia ericksoniană, epistemologia cibernetică, psihanaliza, teoria sistemelor, constructivismul și antropologia socială sînt lentile foarte utile pentru observarea cuplurilor din diverse unghiuri și, prin urmare, pentru obținerea unei perspective multidimensionale.

Freud (1915/1952) a postulat că toate experiențele existențiale sînt înregistrate în inconștient drept urme mnezice alcătuite din: o reprezentare, amintirea însăși și emoția sau energia conținută de această urmă, care poate fi transferată la alte urme. Ca rezultat al acestui transfer, o reprezentare acumulează uneori emoțiile multor altor urme similare. Acesta este mecanismul condensării.

Deoarece inconștientul funcționează pe baza principiului plăcerii sau al evitării durerii, el reprimă amintiri dureroase și le deghizează, astfel încît apar în mintea conștientă sub o formă protejată; cu alte cuvinte, sînt simbolizate.

Dacă, în loc să încercăm să conștientizăm inconștientul sau să provocăm un catharsis, am folosi mecanismele inconștientului și am transforma simbolurile sau le-am rezolva în timpul transei, fără a încerca să le interpretăm, am obține următoarele rezultate:

- Ne aliniem la principiul plăcerii, fapt care facilitează schimbarea.
- Rezistența devine inutilă și dispare.
- Cînd rezolvăm sau modificăm un simbol, rezolvăm toate experiențele care erau condensate în el (Robles, 1997).

Asta făcea Erickson cînd folosea limbajul metaforic, poveștile și anecdotele drept sugestii indirecte. Astfel, terapia devine plăcută atît pentru terapeut, cît și pentru client, iar asta este important, deoarece dincolo de toate simptomele se află dificultatea de a se bucura de viață. Dacă terapia ne face plăcere, promovăm în mod indirect sănătatea (Robles, 1995).

Acum 20 de ani, am început să folosesc respirația ca metaforă pentru mecanismul schimbării interioare. Pentru mintea rațională este o metaforă, dar pentru inconștient, prin condensare, respirația *este* mecanismul schimbării interioare. Acest mecanism funcționează în permanență, în mod automat și mereu sănătos. Freud sugera că emoția, pe care eu o numesc „energie existențială", este unică, dar poate avea diferite caracteristici (LaPlanche și Pontalis, 1978). Vorba unui proverb mexican: „De la dragoste la ură este un singur pas". Oamenii care se urăsc reciproc sînt deja conectați energetic. În cazul în care s-au iubit reciproc, continuă să fie uniți de aceeași energie care doar și-a schimbat calitatea.

Respirația poate fi folosită pentru a asimila o emoție negativă, de exemplu, menținîndu-și materialul brut și transformîndu-l în energie vitală, care rămîne disponibilă pentru fundamentarea altor emoții sau senzații plăcute sau pur și simplu pentru a fi folosită pentru a trăi așa cum își dorește persoana respectivă.

Deși fiecare membru al cuplului poate avea conflicte interne reprimate, este inutil și obositor să le abordăm imediat. Este posibil să le rezolvăm într-un mod suportabil, confortabil și, prin urmare, eficient, folosind simbolizarea și condensarea. Cînd conflictele sînt rezolvate, reprimarea și rezistența nu mai sînt necesare.

Din experiența mea cu terapia sistemică, am învățat să văd – dincolo de conținut – reciprocitatea comportamentelor, asemenea lui Erickson. Am învățat că dificultățile devin probleme cînd avem în vedere în mod repetat o singură soluție și că ambii parteneri sînt implicați în aceste probleme. În cadrul acestui model, întrerup, asemenea lui Erickson, interacțiunile recurente și tiparele disfuncționale prin intermediul propunerilor neașteptate care generează confuzii, facilitează opțiuni noi și permit oricărei persoane să-și asume responsabilități proprii.

Planul general

Înainte de fiecare ședință

Încerc să elaborez o ipoteză cu privire la ceea ce se întîmplă cu cuplul și planific strategii care vor fi ajustate, modificate sau adaptate pe parcursul ședinței.

În timpul ședinței

Observ ce se întîmplă în primele cinci minute ale ședinței, întrebîndu-mă: care este subiectul universal subiacent care

creează această situație? Apoi încep lucrul, introducînd subiectul, fie printr-o afirmație precum: „Acest cuplu, ca oricare alt cuplu…”, fie spunîndu-le o anecdotă personală sau făcînd apel la o metaforă. De exemplu: „Toți am fost răniți în timpul vieții, iar cînd avem răni deschise acestea ne dor și îi facem să sufere chiar și pe cei dragi”. Apoi continui, căutînd indicii minime pentru a adapta intervenția la cuplul respectiv.

Fac propuneri care întrerup tiparele, generează confuzii, prezintă opțiuni. Unele devin regulile terapiei; de exemplu: „Este lipsit de respect să le ceri altora să se schimbe” sau „Nu mă interesează să mă amestec în viața altcuiva. Aici nu vom vorbi despre probleme sau despre chestiuni personale; vom face ceva diferit, vom pune bazele viitorului”.

La finalul ședinței, sugerez întotdeauna că o schimbare a început deja și că va continua și în afara ședinței. Uneori consolidez procesul prin teme pentru acasă – sarcini de lucru care trebuie efectuate între ședințe.

Am observat din propria-mi experiență că, după cîteva ședințe, cuplurile care evită conflictele încep să vorbească despre lucruri pe care nu îndrăzneau să le discute înainte, iar cuplurile care trăiau cu conflicte constante, manifeste încetează să se mai certe și încep să folosească modalități diferite de a comunica.

Metafore pentru subiecte universale

Rănile proprii și moștenite[2]

Cînd doi oameni vin la terapie certîndu-se din orice motiv, iar fiecare reacționează exagerat la orice comentariu al partenerului, le spun: „Toți sîntem răniți de-a lungul vieții. Rănile se vindecă dacă le lăsăm să se vindece, dar unele rămîn deschise, poate din cauză că ne temem să ne uităm la ele și să le acoperim, poate fiindcă, dacă le atingem, zgîndărim cicatricile, iar ele ne dor mai tare.

Toți avem mecanisme naturale de vindecare a rănilor și fiecare rană se cicatrizează dacă îi permitem să se vindece. Cicatricile sînt amintiri nedureroase care ne evocă faptul că am supraviețuit unor situații dificile, am evoluat și am dobîndit abilități noi”.

Le propun: „Mi se pare că, înainte de a continua, este mai bine să vă vindecați rănile”. Îi invit să închidă ochii și să-și imagineze ce fel de răni au și în ce parte a corpului sînt situate. Le sugerez să observe cum, fără să facă nimic, respirația lor le curăță, le usucă și le vindecă rănile.

Cînd îmi spun că rănile li se vindecă deja, continui: „Toți avem răni pe care le-am suferit de-a lungul vieții, dar mai sînt și altele pe care le-am moștenit de la părinții noștri, de la bunici, de la alte rude, iar acele răni ne dor și ele. Observați-i pe acei oameni dragi ale căror răni deschise v-au rănit și pe voi. Explicați-le tot ce v-am explicat despre răni. Sugerați-le să-și folosească respirația pentru a vindeca rănile dinlăuntrul vostru. Dacă nu vor să facă asta, spuneți-le: «Ți-am spus deja cum să-ți vindeci rănile. Dacă nu vrei, e problema ta. Eu mă

voi simți bine, voi trăi și mă voi bucura de viață așa cum dorești, chiar dacă tu vei continua să te simți rău»”.

Lămurirea lucrurilor

Încep o conversație hipnotică prin a spune: „Am impresia că toate relațiile umane, dar mai ales cele de cuplu ar trebui să beneficieze de cîte o revizie, ca în cazul mașinilor.

Cînd fac ceva care îl deranjează pe celălalt, în primul rînd mă întreb ce anume am greșit, ca să pot schimba acel lucru. Am învățat însă și că reacțiile celuilalt au legătură cu propriile lui probleme, așa cum mi se întîmplă și mie. Dacă mă enervez sau sufăr din cauză că celălalt a făcut ceva, asta se datorează propriei mele povești de viață. Lucrînd cu sentimentele mele și rezolvîndu-mi conflictele interioare, descopăr că pot sta liniștit chiar dacă ceilalți continuă să acționeze în moduri care înainte mă deranjau. În relațiile mele importante, fac un *act de credință* și decid că, ori de cîte ori o persoană iubită și de încredere face ceva ce mă rănește, el sau ea nu procedează astfel ca să-mi facă un rău, ci acționează pe baza a ceea ce trăiește și simte în acel moment, chiar dacă eu nu înțeleg asta”.

Întreb cuplul: „Credeți că puteți să faceți un *act de credință* și să credeți că, orice face celălalt, nu vrea să vă facă rău, chiar dacă nu vă place sau nu înțelegeți de ce acționează așa?”.

Dacă ei sînt de acord, continui: „Ca să puneți bazele unei relații sănătoase, poate mai apropiată, poate mai distantă, la orice distanță doriți să stați, trebuie să lămuriți lucrurile în relația voastră de pînă acum. Faceți asta în tăcere, în imaginația voastră, fără nici un comentariu, deoarece comentariile nu ar face decît să provoace durere și probleme,

iar voi aveți nevoie acum să fiți împăcați cu voi înșivă și cu celălalt”. Le cer să promită să nu facă nici un comentariu în timpul acestui exercițiu.

Inițiez o transă hipnotică formală, spunînd: „Cu ochii închiși, imaginați-vă că vă aflați într-un loc confortabil și lămuriți lucrurile cu partenerul dumneavoastră, discutînd despre toate lucrurile despre care nu ați vorbit și despre care este inutil să se discute în viața reală. Acum, în imaginația voastră, dați frîu liber nemulțumirilor. În timp ce faceți asta, respirația voastră procesează toate sentimentele blocate pe care le-ați avut față de partener. De asemenea, mulțumiți-i partenerului pentru toate lucrurile pentru care ar trebui să fiți recunoscător, pentru momentele plăcute trăite împreună, pentru ceea ce v-a oferit, pentru ceea ce v-a învățat. Mulțumiți-i – chiar dacă asta este meritul dumneavoastră – și pentru modul în care ați evoluat în relația respectivă. Și, în timp ce dați frîu liber nemulțumirilor, procesînd toate sentimentele blocate, mulțumindu-i și păstrînd în interiorul dumneavoastră toate lucrurile bune pe care vi le-a oferit această relație, respirația dumneavoastră are un rol foarte important.Aceasta îi înapoiază partenerului toată energia pe care a consumat-o pentru dumneavoastră și o întregește, eliberîndu-vă. Concomitent, respirația dumneavoastră vă readuce toată energia pe care ați consumat-o pentru partener și, în felul acesta, amîndoi vă reîntregiți unul pe celălalt”.

Pe parcursul acestui exercițiu, cuplul procesează emoțiile blocate care afectau relația. Totodată, exercițiul ajută partenerii să se vadă unul pe celălalt din nou întregi[3]. După ce știu că și-au recăpătat toată energia vitală și că amîndoi au păstrat în interior elemente de la celălalt care acum fac parte

din ei înșiși, acceptă mai liniștiți orice decizie iau – fie să rămînă împreună, fie să se despartă.

Este foarte util să ajutăm cuplurile să lămurească lucrurile cu ceilalți oameni cu care au probleme, de exemplu, cu părinții sau cu socrii.

Celălalt este întreg

Adesea, cînd cuplul vine la terapie, fiecare partener are o listă de lucruri pe care crede că partenerul celălalt ar trebui să le schimbe, pentru ca relația să se îmbunătățească. În aceste cazuri, le spun categoric: „Cred că este lipsit de respect să-i cereți celuilalt să se schimbe. Ce vă dă dreptul să-i spuneți altuia cum trebuie să fie? Iubiți persoana însăși sau persoana care ați dori să devină? Fiindcă aceasta din urmă nu există! În plus, oamenii nu se schimbă fiindcă altcineva vrea ca ei să se schimbe, ci fiindcă nu se simt bine așa cum sînt. Știți cît de greu este să te schimbi; acum imaginați-vă cît de dificil ar fi să faceți pe altcineva să se schimbe”.

Îi invit să deschidă ochii: „Observați cum este celălalt. *El sau ea este așa*. El sau ea este întreg, are anumite calități, imperfecțiuni și caracteristici personale. Îl/O puteți accepta sau nu; puteți învăța să trăiți alături de el/ea la o distanță confortabilă și protejată, dar *el sau ea este așa*. Iar acum, știind că el sau ea este așa, întrebați-vă: «Iubesc persoana asta sau nu? Vreau să rămîn cu ea sau nu? Dacă rămîn cu ea, beneficiez de siguranță fizică și emoțională?»”. Dacă răspunsul este „Da”, continui: „În loc să-i cereți partenerului să se schimbe, de ce nu vă întrebați: «Ce pot schimba la mine însumi ca să mă simt mai confortabil în această relație? Ce pot

face ca să fie totul bine, chiar dacă partenerul meu nu vrea să se schimbe?»”.

Explic: „Toate imperfecțiunile au o calitate, dacă știm cum să le reglăm volumul și dacă le folosim la momentul potrivit”. Îi întreb: „Ce ați vrea să învățați din «presupusele imperfecțiuni» ale celuilalt?”.

În transă formală, îi ajut să repete că acționează și simt așa cum își doresc, deoarece fiecare a schimbat deja în interior ceea ce voia să schimbe pentru a trăi alături de celălalt așa cum își dorește să trăiască.

Dificultăți în relația de cuplu

Prin conversie hipnotică, introduc următoarele idei:

„Problemele apar fiindcă tindem să creăm relații care se bazează pe propriile noastre nevoi și pe speranța că celălalt le va satisface. Încercăm să ducem la îndeplinire necesitățile celuilalt în detrimentul celor proprii; ne sacrificăm, astfel încît și celălalt să facă la fel pentru noi. Astfel, relația devine o obligație, în loc să fie o șansă de a evolua împreună, sprijinindu-l și împărtășind experiențele cu celălalt și învățînd unul despre celălalt.

Nimeni nu poate compensa deficiențele celuilalt. Fiecare reacționează, se comportă și iubește cum poate, nu cum și-ar dori. În loc să primim ceea ce ne poate oferi celălalt, sîntem obișnuiți să respingem ce ne oferă, atunci cînd nu corespunde cu ceea ce vrem. Ne enervăm chiar fiindcă nu sîntem iubiți așa cum vrem să fim iubiți. Și, prin urmare, nu acceptăm toate lucrurile bune pe care celălalt este capabil să ni le ofere.

Fiecare are o variantă a problemei și ambele sînt la fel de valide. Nu le vom analiza. Fiecare vede problema din

perspectivă proprie, fiecare are povestea sa”.

După aceea, prezint un exercițiu hipnotic pentru gestionarea dificultăților care au transformat relația într-o obligație, cu scopul de a o transforma din nou într-o șansă de a evolua, fie împreună, fie separat.

Instituirea și/sau consolidarea delimitărilor

Le spun că există două sarcini importante pe care ar trebui să le îndeplinească orice cuplu:

1. Să-i permită celuilalt să continue să fie atît el însuși, cît și un membru al cuplului.
2. Să decidă cum vor funcționa diferit de familiile lor.

Fac apel la metafora unui gard care, asemenea pielii, delimitează unde se încheie interesele și dorințele fiecărei persoane și unde încep interesele și dorințele celuilalt.

Explic: „Așa cum toți avem o piele care arată clar că din acest punct [fac un gest dinspre pielea mea spre interiorul corpului] și pînă în interior sînt EU, iar din acest punct [arăt din nou spre pielea mea] pînă înspre exterior NU-SÎNT-EU, avem nevoie să construim un gard care să definească faptul că de la gardul meu și pînă în interior sînt EU – cu dorințele, interesele și emoțiile mele –, iar de la gardul meu înspre exterior NU-SÎNT-EU. Trebuie să construim un gard distinct, protector, asemenea pielii, care, în loc să ne izoleze, ne permite să ne atingem unii pe alții într-un mod protejat și permite intrarea a ceea ce face parte din noi sau este bun pentru noi și lasă deoparte toate lucrurile care ar interfera cu bunăstarea noastră.

Închideți ochii și imaginați-vă cum acel gard definește că de la el și pînă în interior sînteți VOI, iar de la el înspre exterior NU- SÎNTEȚI-VOI. Vă rog să-l priviți. Ce fel de gard e? Din ce este făcut? Vă înconjoară?

Simțiți cum respirați și vedeți cum, fără să faceți nimic, respirația voastră îl reconstruiește, îl completează, îl consolidează în mod automat. El lasă să intre, în mod protejat, toate acele lucruri care sînteți VOI și care dintr-un anumit motiv erau în afară; și, concomitent, respirația voastră îndepărtează toate acele părți care NU-SÎNTEȚI-VOI și care, dintr-un motiv sau altul, erau în interiorul vostru. Respirația voastră ajută acele lucruri să-și găsească locul, astfel încît, odată ce și-l vor fi găsit, să continue să aibă o relație armonioasă cu voi. Respirația voastră elimină – într-un mod protejat – toate acele lucruri care v-ar afecta starea deplină de bine".

După ce fiecare și-a construit o delimitare în jurul său, îi invit să construiască o delimitare a cuplului. Le sugerez să-și imagineze gardurile oricînd simt că au nevoie de ele.

Metafora cuplului

Metaforele pot fi folosite ori de cîte ori subiectul menționat de cuplu nu este direct asociat cu un subiect universal, cînd unul dintre parteneri folosește expresii metaforice sau cînd terapeutul se gîndește spontan la o metaforă care reprezintă situația cuplului în momentul respectiv.

Eu le pot spune: „Ați discutat deja despre problemele voastre de multe ori, le-ați analizat, ați reflectat la ele, așa că haideți să procedăm altfel". Și continui: „Exact cum spunea ea sau el, acest cuplu pare să..." și repet expresia metaforică

menționată de unul dintre ei. Sau le pot spune: „Mă gîndeam la tine și mi-am imaginat că erai…” sau „Cum putem reprezenta printr-o metaforă situația pe care o trăiești acum?”.

Îi ajut să elaboreze o metaforă, iar apoi lucrăm cu ea, analizînd problema pe care o trăiesc drept componentă a unui proces natural și descoperind opțiunile, resursele și căile pe care le oferă acest proces. (Aceasta este o tehnică ericksoniană foarte importantă. Vedeți, printre alții: Barker, 1985; Combs și Freedman, 1990; Mills și Crowley, 1986.)

Dacă nu le vine nici o idee, îi invit să închidă ochii. Le induc o transă formală și le sugerez că, fără nici un efort, în timp ce respiră, metafora pentru dificultățile lor va apărea. Orice percep, indiferent ce este, este modalitatea în care inconștientul își reprezintă dificultățile dintre ei. Apoi îi invit să observe modul în care respirația lor procesează imaginile, transformînd dificultățile în noi tipuri de relație.

Continui lucrul cu metafora în ședințele ulterioare.

Studiu de caz

Joe și Mary sînt căsătoriți de doi ani. Locuiesc într-o căsuță din grădina casei părinților lui Joe. Cu părinții lui Joe locuiesc două fiice necăsătorite și o fiică căsătorită, cu soțul și copiii ei.

Mary se plînge că Joe lucrează mereu, chiar și noaptea și în weekenduri, iar cînd vine acasă încă are de lucru. Niciodată nu stă cu ea, iar ea se simte foarte singură. Situația era la fel

înainte să se căsătorească, dar Mary a crezut că după căsătorie vor petrece mai mult timp împreună.

Mary spune că face tot posibilul să fie o bună gospodină, făcînd curat în casă și gătind mîncăruri hrănitoare. Totuși, are adesea probleme cu cumnatele ei și i se pare că Joe nu o apără. I-ar plăcea să aibă un copil, dar Joe spune că trebuie să aștepte pînă cînd slujba lui va fi mai sigură și situația lor economică va fi mai bună. În opinia lui, nu au dificultăți în relație. El crede că Mary e cea care are probleme și că are nevoie de o activitate care să-i ocupe timpul.

Am început ședința spunînd că mi se pare că este lipsit de respect să-i ceri celuilalt să se schimbe. Le-am cerut să observe cum este celălalt, ca întreg, cu calitățile și cu imperfecțiunile sale, cu caracteristicile care le plac sau le displac la celălalt. Apoi le-am spus să-și pună întrebarea: „Exact așa cum este, fără să-i cer să schimbe nimic: O/Îl iubesc sau nu? Mă interesează să trăiesc alături de ea/el?”.

Amîndoi au răspuns imediat că se iubesc și că vor să stea împreună. Se cunoșteau de cînd erau copii și mereu fuseseră foarte apropiați.

Atunci le-am spus că dacă Joe petrecea atîta vreme muncind nu însemna că nu vrea să fie cu Mary. Mai degrabă, Joe poate crede că așa trebuie să fie; sau poate că el se poartă astfel din anumite motive personale pe care nu le înțelegem și care-i pot fi neclare și lui însuși. Dacă Mary își petrece toată ziua acasă, așteptîndu-l pe Joe, nu face asta ca să se plîngă de absența lui, ci pentru că ea crede că așa trebuie să fie sau dintr-un anumit motiv care ține de propria ei poveste de viață, care poate să nu-i fie clar nici ei în acest moment. I-am întrebat dacă ar putea înțelege că, orice face un partener, nu

vrea să-l facă pe celălalt să sufere, ci face respectivul lucru din cauza situației în care se află, drept consecință a nevoilor sale sau a poveștii sale personale. Amîndoi au spus că înțeleg.

Le-am explicat că neînțelegerile lor i-au făcut să sufere, că sînt o rană deschisă și că, deși toate rănile se vindecă dacă le permitem asta, oricînd ar apărea acele neînțelegeri, una după alta, rănile ar rămîne deschise.

Toți avem răni care ne-au fost făcute de-a lungul vieții. Uneori, rănile făcute de partener se suprapun peste altele vechi, deschise, așa că suferim prea mult. De asemenea, mai moștenim răni și de la părinți și bunici, care ne produc suferință.

Le-am spus lui John și lui Mary să închidă ochii, să-și imagineze rănile și să observe cum erau în acel moment. Le-am spus să observe cum, fără să facă nimic, respirația lor le vindeca. Apoi le-am sugerat să-și imagineze părinții și bunicii stînd în fața lor, cu propriile lor răni. Le-am spus să-i învețe să-și vindece rănile prin respirație. Joe a spus că, în mintea lui, tatăl său face haz de el și, desigur, refuză să-și vadă propriile răni. I-am sugerat lui Joe să-i spună tatălui său, în interiorul său: „Ți-am explicat cum să-ți vindeci rănile ca să te simți bine, dar, dacă nu vrei să faci asta, treaba ta. Vreau să știi însă că îmi voi trăi viața așa cum vreau, mă voi bucura de ea, chiar dacă tu nu te bucuri de a ta”.

Cînd exercițiul s-a încheiat, au vorbit despre rănile din copilăria lor și despre rănile părinților lor. Cînd s-a născut Joe, avusese dificultăți de respirație despre care medicul a spus că i-ar putea afecta creierul. Tatăl lui a fost cuprins de depresie cînd a aflat că are un copil cu deficiențe mentale, așa că l-a respins pe Joe. Joe și mama lui s-au străduit să le demonstreze

celorlalți că, în pofida handicapului, Joe era capabil să reușească în viață. De fapt, a fost mereu un elev bun, a obținut o diplomă de inginer și și-a dat doctoratul cu brio. Cu toate acestea, pentru tatăl său nu era suficient. Pentru el, Joe era încă fiul cu deficiențe mentale. Joe a recunoscut că la serviciu muncea mereu mai mult decît colegii, ajungînd să preia și sarcini ale acestora, din cauză că se temea că ceea ce făcea nu era suficient și că va fi concediat. Tatăl său era orfan, fusese nevoit să muncească încă de cînd era copil pentru a-și susține frații, așa că nu avusese posibilitatea să meargă la facultate.

După ce s-a născut Mary, tatăl ei a abandonat familia. Mama ei a fost nevoită să-și găsească de lucru și, cum nu avea nici o pregătire, a trebuit să fie femeie de serviciu. O lăsa pe Mary singură toată ziua în mansarda în care locuiau. Cînd Mary a crescut, încă își petrecea cea mai mare parte din timp singură. L-a cunoscut pe Joe la școală, mergeau împreună la școală și apoi se întorceau împreună acasă. Ea visa să aibă o familie, o casă primitoare, plină de mirosul prietenos al mîncărurilor gătite în casă, o casă plină de oameni.

Cînd s-au prezentat la a doua ședință, păreau să se simtă mai bine. Au spus că nu se certaseră mult. Duminică Joe rămăsese acasă. Mary o invitase de două ori pe mama ei în vizită și îi mulțumise pentru tot ce făcuse pentru ea. Au vorbit despre sentimentele mamei ei cînd Mary era mică și se simțeau bine împreună. Totuși, problema cu familia lui Joe încă nu fusese rezolvată.

Am lucrat pentru ca fiecare dintre ei să-și construiască un gard în minte, pentru a-și apăra și proteja locul propriu și pentru a-l distinge de al celuilalt. De asemenea, au lămurit lucrurile între ei și le-am oferit o înregistrare audio a

exercițiului, ca să îl poată repeta acasă, cu membrii familiilor, și cu șeful și colegii lui Joe.

Au revenit după o lună. Au spus că erau în căutarea unui apartament și că Mary începuse să ia lecții de meșteșuguri artizanale și își făcuse cîțiva prieteni la școală. Joe petrecea tot mai mult timp acasă. Am comentat importanța faptului de a-l vedea pe partener exact așa cum este și de a primi ceea ce ne poate oferi acesta. Am vorbit despre modul în care relația ne poate oferi ocazia de a evolua împreună. Am încheiat procesul terapeutic.

Joe și Mary au revenit după doi ani. Mary era însărcinată și voiau să-și gestioneze temerile că nu vor fi buni părinți. Încă mai țin legătura cu ei; au participat la cursuri organizate de clinica noastră, incluzînd unele despre autohipnoză, despre stimularea creativității și managementul stresului. De asemenea, au participat la grupuri de dezvoltare personală și la ateliere pe teme precum educația sexuală. Au spus că le este bine și că ori de cîte ori au dificultăți în relația lor sau în relațiile cu alții, repetă exercițiile vizînd lămurirea lucrurilor.

Idei practice

► Să prezentăm respirația ca mecanism natural pentru schimbarea interioară, pentru procesarea emoțiilor și pentru transformarea imaginilor în cadrul transei.

► Să invităm partenerii dintr-un cuplu să lămurească lucrurile în imaginația lor.

► Să ajutăm oamenii să-și vindece rănile.

► Să subliniem faptul că nu trebuie să-și ceară unul altuia să se schimbe.

► Să le propunem să-și privească partenerul ca pe un întreg.

► Să transformăm relația de cuplu dintr-o obligație într-o oportunitate.

Bibliografie

Abia, J., Robles, T. (1995). *Autohipnosis, aprendiendo a caminar por la vida.* Mexic: Alom Editores.

Barker, P. (1983). *Using metaphors in psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature. A necessary unity* (cap. 3). New York: Dutton.

Calof, D. (1985). Hypnosis in marital therapy: Toward a trans-generational approach. În J.K. Zeig (ed.), *Ericksonian psychotherapy: Clinical applications*, vol. II (pp. 74-89). New York: Brunner/Mazel.

Calof, D., Simons, R. (1996). *The couple who became each other.* New York: Bantam Books.

Combs, G., Freedman, J. (1990). *Symbol, story and ceremony. Using metaphor in individual and family therapy.* New York: Norton.

Freud, S. (1915/1952). The unconscious. În *Metapsychologie* (pp. 91-161). Paris: Gallimard.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson.* New York: Norton.

Kershaw, C.J. (1992). *The couple's hypnotic dance. Creating Ericksonian strategies.* New York: Brunner/Mazel.

LaPlanche, J., Pontalis, J.B. (1978). *Vocabulaire de la psychanalyse* (pp. 12-13). Paris: Presses Universitaires de France.

Loriedo, C. (1996). Psicoterapia centrade en el terapeuta. În E. Mendez (ed.), *Compartiendo experiencias de terapia con hipnosis.* Mexic: Alom Editores.

Mills, J.C., Crowley, R.J. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within.* New York: Brunner/Mazel.

O'Hanlon, W.H., Hudson, P. (1995). *Love is a verb. How to stop analyzing your relationship and start making it great.* New York: Norton.

O'Hanlon, W.H., Hexum, A. (1990). Marital, family and relationship problems. În *An uncommon case book. The complete clinical work of Milton H. Erickson, M.D.* (pp. 243-260). New York: Norton.

Robles, T. (1991). *Terapia contada a la medida.* Seminar ericksonian cu Jeffrey K. Zeig. Mexic: Alom Editores.

Robles, T. (1995a). *Concert for four brain hemispheres in psychotherapy.* New York: Vantage Press.

Robles, T. (1995b). *La magia de nuestros disfraces.* Mexic: Alom Editores.

Robles, T. (1996). *Revisando el pasado para construir el futuro.* Mexic: Alom Editores.

Robles, T. (1997). Reflections on how hypnosis works. Prezentată la congresul International Society of Hypnosis, San Diego, CA.

Roudinesco, E., Plon, M. (1997). În *Dictionnaire de la psychanalyse* (pp. 570-574). Paris: Fayard.

Zeig, J.K., Lankton, S.R. (1986). *Developing Ericksonian therapy* (pp. 431-426). New York: Brunner/Mazel.

1. Aș vrea să-i mulțumesc Adrianei Barroso, licențiată în psihologie, pentru că m-a ajutat cu traducerea în limba engleză, și Marinei Castañeda, absolventă de masterat, pentru ajutorul acordat la folosirea expresiilor idiomatice.

2. Ideea rănilor a fost analizată de către autor (Abia și Robles, 1985). Ulterior, Rafael Núñez a adăugat ideea că o parte dintre rănile noastre sînt moștenite.

3. Pentru Melanie Klein, a vedea persoana ca întreg înseamnă „a integra relațiile cu obiecte totale”, ceea ce în concepția ei este sinonim cu sănătatea mentală (vezi Roudinesco și Plon, 1997).

Capitolul 31

Limbajul hipnotic al cuplurilor

Jane A. Parsons-Fein

Îndrăgostirea: dansul a doi oameni ale căror ritmuri conștiente și inconștiente se mișcă armonios. Dar, pe măsură ce trece timpul, fiecare începe să transfere sau să deplaseze spre celălalt sentimentele intense, nerezolvate care au apărut în primii ani de viață, cînd partenerii erau vulnerabili la miturile, mesajele și inducțiile inconștiente ale părinților și uneori ale fraților lor, în familiile de origine. Pe măsură ce încep să întîmpine obstacole și dificultăți inevitabile în viața de cuplu, unele dintre tiparele imprimate de timpuriu reapar, iar fluxul frumos al îndrăgostirii lor începe în mod automat să se rigidizeze în bucle solide care se deplasează recursiv între îndrăgostiții de odinioară. Fiecare cuplu este unic prin capacitatea sa infinită de a compune recreări ale fiecăreia dintre familiile de origine. Neînțelegerile, percepțiile greșite și conflictele au la origine amintirile dependente de stare, învățămintele și comportamentele fiecăruia dintre soți, adesea nerecunoscute și exterioare conștientizării. Abordările de

pionierat ale lui Milton H. Erickson pot fi eficiente în lucrul cu cuplurile.

Opinia lui Erickson

Milton Erickson a demistificat și a redefinit hipnoza. El credea că transa survine zilnic, în mod natural, la toți oamenii și că atunci cînd sîntem în transă învățăm la niveluri inconștiente și receptăm sugestiile fără o atitudine critică, nesesizînd influența pe care o pot avea asupra gîndirii noastre inconștiente. Deoarece în copilărie 85% din atenția noastră este consumată în stare de învățare în transă, o mare parte din ceea ce receptăm și observăm ajunge într-o zonă amnezică a inconștientului. Acele amintiri create în stări emoționale intense se numesc imprimări. O imprimare este o idee sau o sugestie cu un singur impact, care se poate fixa în inconștient și căreia i se dă curs exact la fel ca unei sugestii posthipnotice, deși nu ne amintim asta în mod conștient.

La maturitate, cînd oamenii încep să aibă un comportament automat, li se activează o imprimare uitată din copilărie. Familia este o unitate hipnotică, iar părinții sînt hipnotizatori care la rîndul lor au fost hipnotizați în copilărie. Alice Miller a descris modul în care mesajele familiale sînt transferate din inconștientul unei generații în inconștientul generației următoare. Fiecare membru al cuplului aduce în relație aceste imprimări transgenerationale.

Erickson considera că fiecare persoană este unică, așa că avea grijă să vadă fiecare persoană care intra în biroul său dintr-o perspectivă nouă. Adesea, ajuta cuplurile să se individualizeze din simbioza căsniciei, descoperind în fiecare și în celălalt noi interese și noi conexiuni. În multe dintre sarcinile sale de lucru, el crea contextul pentru ca fiecare să-și descopere fațete pînă atunci nedisponibile.

De asemenea, credea că fiecare persoană are în propriul său sistem capacitatea de a progresa spre sănătate și că este posibilă generarea unei mici modificări[1] strategice care ar avea un efect în crescendo asupra întregului tipar. El lucra adesea cu sistemul, fără să-i comunice pacientului problema specifică. Uneori nega sau exagera simptomul. Se alătura metaforei pacientului sau cuplului, folosea în mod precis limbajul hipnotic, în mod direct și conversațional, și stabilea ritmul[2] proceselor inconștiente care decurgeau între parteneri. Multe dintre sarcinile de lucru pe care le dădea reflectau specificul paradoxal al tiparelor dezvoltate de soț și soție.

Alte perspective

Am beneficiat de o pregătire în domeniul psihoterapiei psihanalitice, iar apoi am explorat terapia Gestalt, analiza tranzacțională, terapia multimodală și programarea neurolingvistică. Să studiez cu Milton Erickson, să învăț de la el cum comunicăm în mod conștient și inconștient unul cu

celălalt și cît de puternice sînt conexiunile dintre noi pe plan lingvistic și fizic a fost o revelație. Starea de transă a devenit pentru mine mai degrabă o cale de înțelegere a sinelui decît ceva misterios.

Studiul lui Jay Haley cu privire la Erickson, *Uncommon Therapy* (1973), m-a determinat la rîndul meu să cred că familia este o unitate hipnotică. El scrie: „Orientarea familială a lui Erickson este implicită în activitatea lui; discuțiile cu el și analiza cazurilor lui m-au ajutat să am o nouă concepție despre familie drept centru al dilemelor umane. Cînd am început să consider că problemele umane sînt inevitabile în modul în care evoluează familia în timp, mi-am dat seama că terapia doctorului Erickson se baza în mare măsură pe această ipoteză”.

Am studiat cu Virginia Satir, care a elaborat modelul reconstrucției familiale, și mi-am dat seama că ea a confirmat și a amplificat această teorie la nivel practic, folosind genogramele[3] și tehnici de disociere precum jocul de rol și sculptura[4], în activitatea sa. Ea a identificat ceea ce numea „miturile și mesajele familiei”, adesea avînd originile cu trei generații în urmă.

Satir a recontextualizat aceste inducții familiale transgenerașionale. Ea le-a permis oamenilor să intre în transă prin intermediul meditațiilor[5] ei (care întotdeauna precedau orice activitate cu grupul), apoi lucra cu disocierea într-o multitudine de moduri. Asemenea lui Erickson, ea credea în procesarea experiențială (o numea „învățare cu emisfera dreaptă, vezi-auzi-simte”) și se axa pe senzațiile corporale ale pacientului, trecînd iar și iar de la senzație la gîndire și la senzație, deplasînd conștientizarea și

conștientizarea conștientizării. Considera că este important ca oamenii să devină conștienți de umbrele nevăzute ale inconștientului, în timp ce Erickson recontextualiza adesea aceste imprimări în timp ce clientul era în transă, fără să-l determine să conștientizeze. Atît Satir, cît și Erickson au lucrat cu imprimările timpurii, recontextualizîndu-le, instituind tipare noi, dînd sugestii pentru dezvoltarea ulterioară.

Pentru a accesa aceste tipare inconștiente, subiectul trebuie să intre în transă. Kay Thompson, care a studiat cu Erickson o perioadă îndelungată, folosea jocul de cuvinte, ritmul poezioarelor pentru copii și metafora pentru a ajuta oamenii să se conecteze mai rapid la creativitatea și puterea speciale ale lumilor lor inconștiente, la nivelul cărora pot fi generate tipare noi, iar vechile imprimări pot fi modificate. Cînd lucrez cu cupluri, consider că inovațiile ei au un impact major.

Ernest Rossi a lucrat mulți ani cu Erickson. Studiile sale privind memoria dependentă de stare, învățarea și comportamentul clarifică importanța concentrării asupra regresiei de vîrstă, a învățării timpurii și a imprimării. Cînd oamenii intră în transă se modifică și organizarea lor moleculară. Reacția imprimată care este evocată recreează tiparele fiziologice și transferul informațional ale imprimării originale. Oameni intră în aceeași stare biochimică, în aceeași stare hormonală în care erau cînd au învățat prima dată acel tipar.

Rossi a utilizat descoperirile din domeniul științelor fiziologice apărute după moartea lui Erickson. Studii recente confirmă că stările emoționale și imprimările sînt induse chimic în corp, putînd fi declanșate de cuvinte, gesturi sau

imagini, și că au loc totodată schimbări cu privire la aportul de sînge de la nivelul creierului. Erickson a anticipat că activitatea lui va fi în cele din urmă susținută de astfel de descoperiri.

Candace Pert, farmacologul care a descoperit receptorii opiaceelor în corp, fapt care a condus la descoperirea endorfinelor, a spus: „Dacă fumezi și bei cafea în timp ce înveți pentru un examen, ar fi bine să fumezi și să bei cafea și cînd dai examenul”. Contextul în care învățăm ceva se recuperează cînd accesăm ce am învățat. Probabil din acest motiv Milton Erickson lucra cu tiparele de învățare timpuriu din copilărie, pentru a accesa procesul mișcării și al gîndirii, pe lîngă recuperarea amintirii înseși. Astfel, pacientul este eliberat de comportamentele nerecunoscute și nedorite de pînă atunci.

Rossi utilizează, adesea în timpul unor tăceri îndelungi, relația sa hipnotică cu subiectul, ritmînd mișcarea internă a subiectului la mai multe niveluri. El stă și privește concentrat subiectul, respirînd în același ritm cu el, spunînd uneori: „Așa!”, dînd din cap, deși clientul are ochii închiși și nu-l vede. Rossi observă cu atenție, în timp ce clientul trece dintr-o stare de conștiință în alta. Este ca și cum s-ar alătura pe tăcute clientului și ar aștepta răbdător orice ar surveni în inconștientul clientului. Această formă de ritmare îl ajută pe client să aprofundeze, deoarece comunică o acceptare neplanificată. Tehnica și stilul său constituie o altă resursă pentru mine.

Studiu de caz: aplicații

Îmi amintesc mereu că Erickson spunea: „Hipnoza este o relație specială dintre doi oameni”. Cînd Jim a sunat prima oară ca să facă o programare pentru soția lui, Natasha, și pentru el, i-am perceput tensiunea din voce, l-am ritmat și am făcut tot posibilul să creez un context de siguranță și acceptare – acceptare atît a aspectelor negative, cît și a celor pozitive. (Componentele neglijate sau desprinse ale sinelui fiecărui participant suferă cel mai mult și au cea mai mare nevoie să fie invitate să ia parte la lucrul terapeutic.) Am notat orice cuvinte, sintagme sau referințe care puteau fi transformate într-o metaforă pe care le-o puteam comunica ulterior. Jim a spus: „Simt că mă înec!”. Mai tîrziu, pe parcursul ședinței, am descris că mă aflam în apă foarte adîncă, îmi dădeam seama că sînt prea departe de țărm, inspiram profund și, lăsîndu-mă dus de curent, atent, reușeam să-l traversez și să înaintez treptat spre țărm.

Începînd cu ședința inițială, ca în cazul oricărui client, am rămas conștient de faptul că trebuia să operez simultan la două niveluri: nivelul conținutului și nivelul procesului. De asemenea, știam că trebuia să ritmez fiecare persoană, conștient și inconștient, precum și să identific relațiile dintre ele și dintre mine și fiecare dintre ei. În clipa în care intră în biroul meu, fiecare partener din cuplu aduce cu sine un miez al sinelui afectat, cu care el sau ea a început probabil căsătoria. Probabil că amîndoi aveau inițial speranțe, dorințe și visuri, care acum ar putea fi spulberate, pe care mi le depun la picioare. De obicei, fiecare se așteaptă că eu, ca un bun părinte, îl voi „repara” pe partenerul său.

La prima ședință, Natasha, de 32 de ani, abia își stăpînea furia, afirmînd că lui Jim îi păsa mai mult de fosta sa soție și de copii decît de ea. Avea o nevoie disperată să-și exteriorizeze sentimentele pe care le acumulase de mult timp. Jim înghețase. Cînd i-am întrerupt transa în care era scufundat cu ochii larg deschiși, a scuturat din cap, a spus că făcea tot posibilul și a încercat să ne distragă atenția printr-o afirmație hazlie. În acel moment, am avut în vedere importanța evitării de a fi hipnotizat de puternicul sistem care tocmai intrase în biroul meu. Pe măsură ce fiecare persoană vorbea, observam deplasările de la o parte a sinelui la alta, modificările și mișcările afectului, momentele de disociere, de autoîntrerupere. Le-am ritmat pe toate acestea. De asemenea, încercam să identific, ascultînd, una sau mai multe dintre acele imprimări timpurii (care nu sînt neapărat disponibile la nivelul minții conștiente a clientului), care pot fi explorate prin hipnoză. Am căutat resurse – realizări pe care membrii cuplului pot chiar să nu le recunoască ei înșiși, care pot fi folosite ca fundament al forței, puterii și creativității. De asemenea, căutam ceea ce nu se spunea, notînd în mintea mea orice ne-ar fi putut conduce spre imprimările care se impuneau explorate.

Cea mai importantă parte a relației terapeutice este folosirea de către terapeut a sinelui. Erickson le spunea terapeuților: „Fiți voi înșivă, naturali”. De asemenea, spunea: „N-am văzut niciodată o nevroză demnă, adevărată”. Creez contextul prin propria mea autoacceptare; nu este întotdeauna ușor să atingi această stare. Acceptîndu-mi confortabil propriul meu inconștient, îi ajutam pe Jim și pe Natasha să simtă același confort. Satir spunea: „Fac greșeli

doar cînd sînt inconsecventă”. Monitorizarea procesului dintre doi oameni aflați în fața mea îmi solicită întreaga atenție, rezonarea sinelui și comunicarea cu partea vulnerabilă a fiecăruia. Este nevoie de aptitudini și de o atenție considerabile pentru ca unul sau ambii parteneri să nu îți inducă transa. Cred că, pentru a te utiliza pe tine însuți drept un aparat Geiger terapeutic, este necesar un flux clar între conștientul și inconștientul proprii. Acest flux poate comunica cu cuplul la multe niveluri; aceasta este relația hipnotică terapeutică.

În curînd, mi-am dat seama de respectul și grija pe care Jim și Natasha și le purtau reciproc și de faptul că nici unul dintre ei nu prezenta o afectare psihologică gravă sau o tulburare caracterologică. Amîndoi erau inteligenți, spontani și atractivi și se simțeau bine împreună. Își apreciau conexiunea sexuală. Am început însă să observ apariția unui proces ancorat în ansamblurile mentale ale familiilor lor de origine. Amîndoi fuseseră imprimați de către oamenii cu care crescuseră, față de care aveau cele mai profunde sentimente.

Am realizat cîte o genogramă a fiecăruia, în ședințele a doua și a treia. Am fost atent la evenimentele importante, vîrstele fraților, pozițiile și coalițiile familiale. De asemenea, am solicitat adjective referitoare la fiecare membru al familiei de origine și la oricine mai jucase un rol important – uneori un mentor, o resursă. Am observat cum a prezentat fiecare client adjectivele și tiparele care apăreau cînd îmi erau comunicate adjectivele. Am observat intensitatea afectului sau lipsa acestuia pe parcursul prezentării; viteza, spontaneitatea sau ezitarea evocate cînd clientul se gîndea la persoanele din viața sa. Astfel, am aflat mituri, reguli și secrete ale familiei.

De asemenea, aceste întrebări tindeau, ca de obicei, să-i inducă transa fiecărui partener. Pun întrebări de tipul: „Cine a fost cea mai importantă figură (figuri) pentru dumneavoastră, în copilărie?”, „Care era relația dintre mama și bunica dumneavoastră?”, „Ce știți despre relația dintre tatăl dumneavoastră și sora lui mai mică?”.

Jim și Natasha și-au adus în căsnicie transele familiale unice și fiecare se aventurase în acțiunea inconștientă de a-și determina partenerul să-i satisfacă necesitățile neîndeplinite din copilărie.

Partenerii proveneau din medii religioase și economice diferite. Jim era evreu, cel mai mare dintre cei cinci copii. Muncise de cînd avea 12 ani, publicase în revista *Law Review* a Universității din New York și acum lucra pe cont propriu. Și-a descris tatăl ca fiind needucat, foarte muncitor și avînd o fire explozivă, uneori își bătea copii, dar „avea o inimă de aur”. Mama lui, „regina de gheață”, era o artistă frustrată care se izolase de soț și de copii cu mult timp în urmă. Jim voia ca soția lui să-i accepte sentimentele și să facă ce spunea el, spre deosebire de modul în care mama lui reacționase față de tatăl său. Natasha crescuse într-o familie creștină fundamentalistă din Vestul Mijlociu. Tatăl ei era directorul unei corporații de succes, iar ea, copil unic la părinți, era „mica prințesă a tatei”, înainte să ajungă la pubertate. El își critica mereu soția, care încerca să evite conflictele, lăudîndu-și totodată fiica. Ea ura neputința mamei de a-i face față tatălui și, pe măsură ce a crescut, iar tatăl ei a început s-o critice, Natasha a simțit că devine un membru exterior al triadei. Mama ei fusese mereu de acord cu tatăl ei, iar ei doi nu prea înțelegeau aspirațiile și

abilitățile intelectuale ale Natashei. Ea voia ca Jim s-o „respecte” ca pe un egal.

Atît Jim, cît și Natasha proveneau din familii în care cuvîntul tatălui era lege, iar mama se temea în tăcere de soț sau încerca să-i facă pe plac. Nici Jim, nici Natasha nu-și doreau în mod conștient acest tip de căsnicie, dar începeau să creeze tiparele familiale. Dorindu-și căldură, el o înstrăina; dorindu-și respect în calitate de adult, ea a început să fie pretențioasă ca un copil.

O problemă majoră cu care se confruntau era presiunea permanentă exercitată asupra lor de fosta soție a lui Jim, Sylvia. Ea telefona mereu, îl tîra pe Jim la tribunal la fiecare șase luni, vorbea urît despre Natasha și Jim cu copiii ei și schimba mereu planificarea vizitelor. Natasha se plîngea de faptul că Jim nu fusese niciodată ferm cu Sylvia, deși el simțea că fosta lui soție, psiholog, era irațională, iar el își dorea să aibă mai mult control asupra copiilor. Jim divorțase în urmă cu șase ani și era căsătorit cu Natasha de patru ani.

Jim o încurajase pe Natasha să nu mai lucreze și să urmeze o facultate. Dar, cum ea merge acum la un singur curs, el consideră că ea nu are suficiente preocupări, așa că este obsedată de fosta lui soție. Din acest motiv, are explozii de furie (deși nu și-a lovit niciodată soția). Natasha ripostează tot cu furie, hotărîtă să nu fie ca mama ei. Îl confruntă mereu. Ea vrea să aibă un copil; el nu este sigur în privința asta, fiindcă îl îngrijorează presiunile financiare ulterioare. Acesta este un alt subiect dureros pentru ei. Ca tatăl lui, Jim ia decizii unilaterale („nevrînd ca Natasha să se supere”).

Cînd Natasha, în lacrimi, a vorbit despre neajutorarea și frustrarea ei, i-am întrerupt fluxul gîndurilor și am întrebat-o:

— Cîți ani simți că ai în clipa asta?

Cu o voce de fetiță, a spus:

— Cinci.

Suspinînd, a descris cum își privea tatăl țipînd la mama ei și lovind-o, iar aceasta nu făcea nimic să se apere.

— Mi-am jurat că întotdeauna voi lupta pentru mine însămi! M-am simțit atît de singură. Asta e povestea vieții mele!

Am lucrat cu acea imprimare. Aflîndu-se în transă, a privit scena respectivă de multe ori, ca pe un film. Apoi și-a invocat partea adultă a sinelui, care a instruit, a alinat și a învățat copilul despre toate forțele pe care le va dobîndi în viitor. S-a eliberat de puterea acelei scene, luînd copilul de mînă și scoțîndu-l din camera aceea, ducîndu-l într-un loc sigur și frumos, unde a reușit, cu multă compasiune, să i se alăture acelei laturi a ei reprezentate de fetița neajutorată și speriată, cu toate forțele pe care și le dezvoltase ulterior. Permițîndu-și să manifeste compasiune față de propriul sine, a reușit să accepte teama și neajutorarea și, astfel, să le facă față.

Jim a fost mișcat pînă la lacrimi văzînd acest proces și mi-a spus că vrea să-și gestioneze izbucnirile de furie. În timp ce ședințele au continuat, Jim și-a limitat contactul cu fosta soție, apelînd la un avocat ca intermediar care să discute cu ea la telefon, și a deschis un nou proces contra ei. Indiferent de rezultat, a spus el, simțea că presiunea se va diminua.

În timp ce am continuat să lucrăm, am folosit transa conversațională cu Jim și Natasha, reluînd adesea propriile lor formulări. Reacționează bine la umor și folosesc poante scurte pentru a-i face să dea înapoi (să se disocieze de scenă) și pentru a fragmenta interacțiunea în secvențe mai scurte,

introducînd în tipar o variabilă nouă, care o modifică. Încă nu am folosit strategia prin care fiecare partener trebuie să elaboreze coregrafia unei scene în care ei sînt animale, iar apoi trebuie să o prezinte. Uneori alcătuiesc eu diagrama tiparului, iar ei îmi sugerează ce variabilă nouă ar putea introduce. Lucrăm cu anxietatea schimbării și i-am învățat să folosească și autohipnoza.

Folosesc adesea întreruperea tiparelor cu acest cuplu, cînd tensiunea începe să crească. Această metodă îi deviază de la impulsul pe care îl construiesc, direcționîndu-i uneori spre experiențe asociate cu familia de origine.

Folosesc metafore scurte, aparent spontane, în stilul lui Kay Thompson. Iată un exemplu: „Știu pe cineva care are o cadă. Cînd se umple și apa dă să se reverse, un mic gadget închide robinetul și permite apei din cadă să se scurgă pînă ajunge la nivelul optim”.

Jim și Natasha învață modalități noi de comunicare care provin din străfundurile lor, pe care încep să le diferențieze de ceea ce au învățat de la familiile lor. Am observat cum își induc unul altuia transe negative. Am identificat temele transelor familiale care se repetă mereu, în mod caracteristic. De exemplu, Natasha a conștientizat că faptul că se simțea o intrusă în triunghiul alcătuit împreună cu mama și cu tatăl ei stătea la baza sentimentelor ei iraționale legate de Jim și de fosta lui soție. Această informație în sine nu a generat schimbarea. Experiența imprimării a reușit însă s-o genereze.

Cu cît este mai intens sentimentul, cu atît este mai profundă imprimarea. Înțelegerea conștientă este importantă, dar să știm cum să ieșim din transa negativă este și mai important. Deoarece avem experiența sentimentelor și a

învățămintelor noastre inconștiente la nivelul întregului nostru corp, modificarea fiziologiei, pentru a ieși din stările de transă negativă, este esențială pentru modificarea tiparelor vechi.

Pe lîngă ședințele în comun, am lucrat separat cu fiecare dintre ei, recontextualizînd imprimări vechi și folosind autohipnoza pentru a accesa resurse, pentru a vizualiza viitorul, pentru a gestiona anxietatea și, în general, pentru a avea o abordare mai creativă asupra vieții. Jim a lucrat la transa lui explozivă, prin care băiețelul din el se identifica cu tatăl său uneori brutal. El a învățat să identifice modificările fiziologice care îl determinau să-și piardă controlul verbal (simte o presiune fierbinte în piept) și, exersînd, a devenit mai capabil să intervină și să iasă din tiparul respectiv. Acum își exprimă sentimentele mult mai direct. Natasha a lucrat la separarea neajutorării pe care o simțea cînd era mică de teama cauzată de faptul că mama ei, pe care o iubea, nu reușea să se impună. A decis să reînceapă să frecventeze facultatea și să-și dea doctoratul. Își minimalizează vinovăția, teama de a pierde fetița din ea și frica ei că într-adevăr nu merită să fie fericită. Aspectul conceperii unui copil a fost amînat pînă după pronunțarea deciziei în procesul lui Jim cu fosta sa soție.

Cînd doi oameni trec printr-o transă terapeutică împreună, ceva nou se adaugă experienței lor reciproce. După cum spunea Satir: „Nu susțin oamenii nici dacă vor să divorțeze, nici dacă vor să nu divorțeze. Susțin oamenii să devină întregi”.

Concluzie

Milton Erickson definea transa drept o experiență naturală de zi cu zi în care persoana învață la nivel inconștient. Virginia Satir, hipnotizatoare înnăscută, lucra cu inducțiile familiale transmise de la o generație la alta. Cuplurile aduc aceste imprimări posthipnotice inconștiente în relația lor, fără a conștientiza efectele limitatoare pe care convingerile lor ascunse le exercită reciproc și asupra lor înșiși.

Lucrînd cu abordările ericksoniene și cu modelul Satir, terapeuții pot evoca punctele forte și resursele într-un cuplu, pot accesa și recontextualiza imprimările timpurii care afectează comunicarea dintre parteneri și îi pot ajuta să-și integreze imprimările respective, eliberîndu-i astfel de presupuneri și percepții nefuncționale.

Aspecte de reținut

► Contextualizați: creați un spațiu sigur.

► Accesați resursele: ancorați punctele forte în conștientizare.

► Întrerupeți tiparele: „Spuneți mereu ceva surprinzător. Cînd spuneți ceva surprinzător, cealaltă persoană trebuie să-și reorienteze gîndirea” – *M. Erickson*.

► Modelul părților: cînd aveți îndoieli, folosiți separarea în părți.

► Reînsuflețirea și recontextualizarea imprimărilor: mergeți la sursă.

Bibliografie

Bandler, R., Grinder, J., Satir, V. (1976). *Changing with families: A book about further education for being human.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Cheek, D.B. (1994). *The application of ideomotor techniques: Hypnosis.* Boston: Allyn and Bacon.

Cheek, D.B., LeCaron, L.M. (1968). *Clinical hypnotherapy.* New York: Grune & Stratton.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Haley, J. (1973). *Uncommon therapy.* New York: Norton.

Miller, A. (1981). *The drama of the gifted child.* New York: Basic Books.

Miller, A. (1986). *Society's betrayal of the child: Thou shalt not be aware.* Toronto: Collins Publishers.

Miller, A. (1987). *The roots of violence: For your own good.* New York: Farrar Straus Giroux.

Miller, A. (1990). *The untouched key.* New York: Doubleday.

Nerin, W.F. (1986). *Family reconstruction: Long day's journey into light* (cuvînt-înainte de V. Satir). New York: Norton.

Rossi, E.L., Cheek, D. (1988). *Mind-body therapy: Method of ideodynamic healing in hypnosis.* New York: Norton.

Rossi, E.L., Ryan, M.O. (1986). *Mind-body communication in hypnosis: The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson.* New York: Irvington.

Satir, V. (1972). *Peoplemaking.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Satir, V. (1983). *Conjoint family therapy.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Satir, V., Baldwin, M. (1983). *Satir step by step: A guide to creating change in families.* Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Spiegel, H. (1960). Hypnosis and the psychotherapeutic process. *Comparative Psychiatry*, 1, 174-185.

Spiegel, H., Spiegel, D. (1987). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.* Washington, DC: American Psychiatry Press.

1. Un astfel de exemplu este un caz pe care l-am avut cu mult timp în urmă, înainte să-l cunosc pe Erickson. O tînără care se afla sub tratament nu putea rămîne însărcinată, deși cuplul eliminase orice posibilitate a unei probleme medicale, după ani de testări. Într-o zi, a spus că mama ei fusese foarte deprimată cînd clienta avea doi ani. De ce?
   — Ei bine, a replicat ea pe un ton neutru, sora mamei mele tocmai murise la naștere…
   Și a continuat să vorbească. Am întrerupt-o și am întrebat-o:
   — Mă întreb ce părere avea un copil de doi ani, speriat de schimbarea bruscă de comportament a mamei, în legătură cu moartea și nașterea? Acum la ce vă gîndiți?
   Îmi amintesc că m-a privit cu ochii mari. După două luni, a rămas însărcinată. Acum îmi dau seama că acel moment de iluminare i-a ajutat mintea de adult să recontextualizeze percepția inconștientă din copilărie care încercase să o protejeze de moarte.
2. A stabili ritmul înseamnă a se alinia la comportamentul verbal și nonverbal al clientului, prin repetarea unor cuvinte ale acestuia, prin folosirea limbajului trupului, prin alăturarea la metaforei clientului și armonizarea cu ritmul acestuia. Această oglindire nu implică judecarea. Este pur și simplu un dans la multiple niveluri între doi oameni.

3. O genogramă este o hartă familială care prezintă istoria generațiilor unei familii. Poate dezvălui tipare și conexiuni care evidențiază teme repetitive eidentificate pînă atunci.
4. Tehnica sculpturii este folosită de Satir la grupuri. Am adaptat-o la terapia de cuplu. Fiecare soț, pe rînd, fără cuvinte, se sculptează pe sine prin gesturi. De exemplu, cineva care învinovățește arată cu degetul și se încruntă, cineva care cere iertare se lasă în genunchi și întinde mîna, implorînd. Aceste sentimente sînt exteriorizate și apoi explorate.
5. „Meditațiile” lui Satir sînt sugestii pentru membrii grupului să-și închidă ochii, să-și acceseze interiorul și să devină calmi și senini.

Capitolul 32

Trei bomboane pentru cinci băieți și alte abordări strategice și orientate spre soluții, pentru copii și adolescenți

Bernhard Trenkle

Milton Erickson nu a fost doar pionierul hipnozei moderne, ci este considerat și fondatorul terapiei strategice familiale și al terapiei de scurtă durată centrate pe soluții.

Tehnicile sale hipnotice au fost analizate detaliat și sistematizate într-o serie de cărți și articole (Erickson și Rossi, 1979; Bandler și Grinder, 1975a, 1975b; Lankton și Lankton, 1983). Activitatea sa a avut o influență decisivă asupra dezvoltării atît a terapiei familiale strategice (Haley, 1986; Madanes, 1981, 1984), cît și a psihoterapiei centrate pe soluții (De Shazer, 1985, 1988). Totuși, unele aspecte ale activității terapeutice a lui Erickson nu au fost remarcate pe scară largă sau dezvoltate ulterior. Printre acestea se numără eforturile lui fascinante cu privire la reabilitare (Rossi, 1980) și la terapia copiilor.

În domeniul hipnoterapiei pentru copii, Olness și Kohen (1996) descriu abordările de ultimă oră care au fost elaborate parțial independent de activitatea lui Erickson. Conceptele strategice și orientate spre probleme ale lui Erickson în lucrul cu copiii și adolescenții pot fi descoperite în principal în descrierile sale de caz, cele mai importante apărînd în volumul 3 al lucrării *Conversations with Milton Erickson* (Haley, 1985). Cartea conține transcrieri din perioada în care Jay Haley și John Weakland îl vizitau regulat pe Erickson ca să se informeze despre activitatea lui terapeutică.

Psihoterapie strategică

Se poate spune că o terapie este strategică atunci cînd terapeutul planifică o intervenție în avans, gîndind o serie de pași, asemenea unui jucător de șah. Terapia strategică are adesea elementele regizării, ca o piesă de teatru, în care piesele se dezvoltă de obicei pe parcursul cîtorva acte.

Următoarea poveste indică elementele planificării și ale regizării strategice (Shah, 1994).

Un musulman se afla în drum spre Mecca și a decis să lase un cufăr conținînd obiectele sale de preț la un negustor vestit din Cairo, înainte de a porni la drum, și să ia cu el în pelerinaj doar cele cîteva obiecte de care va avea cu adevărat nevoie. S-a interesat și a ajuns în magazinul unui bărbat considerat de tovarășii săi drept cel mai cinstit. I-a încredințat acestuia cufărul și a pornit la drum.

Cînd pelerinul s-a întors să-și revendice avutul, negustorul a negat că acesta îi fusese încredințat și a spus că nu-l văzuse niciodată pe bărbat. Pînă și vecinii au refuzat să creadă că un bărbat cu o reputație precum a negustorului ar fi putut să mintă.

Pelerinul, rămînîndu-i foarte puțini bani, neavînd prieteni și aflîndu-se într-o țară străină, rătăcea pe drum, șocat și disperat, incapabil să decidă ce să facă în continuare. În acel moment, o femeie înțeleaptă, îmbrăcată în veșminte de derviș, l-a observat și l-a întrebat ce necaz avea. Cînd i-a explicat ce se întîmplase, ea l-a întrebat:

— Ce ai propune tu în situația asta?

— Mă pot gîndi doar să apelez la forță sau să merg la poliție, a spus pelerinul.

— Poliția nu ar fi capabilă să te ajute, fiindcă nu poți dovedi infracțiunea, a spus femeia, iar dacă folosești forța poți ajunge la închisoare. Totuși, dacă ai încredere în mine, pot alcătui un plan care să-ți garanteze că îți vei primi avutul înapoi.

Pelerinul a fost de acord să facă orice i-ar fi cerut ea. Ea l-a ajutat să închirieze pentru o zi zece cufere frumoase, care păreau valoroase, pe care le-a umplut cu pămînt și cu pietre. Apoi i-a cerut altui prieten să ducă cuferele cu o căruță la magazinul negustorului. Prietenul, la rîndul său derviș, s-a îmbrăcat ca un om bogat.

Cînd prietenul și încărcătura au ajuns la magazin, bărbatul a spus că este străin în oraș și l-a întrebat pe negustor dacă i-ar putea încredința cele zece cufere cît timp el va fi plecat într-o călătorie. „Cuferele par să fie pline cu obiecte de valoare”, s-

a gîndit negustorul și a fost de acord să le păstreze, contra unei sume mici de bani, și să le aibă în paza lui.

În timp ce cuferele urmau să fie duse în magazin, a apărut și pelerinul, care și-a jucat rolul. S-a dus la negustor și la dervișul deghizat și a spus:

— Am venit să-mi iau cufărul cu avutul meu. Mi-l puteți da acum?

Temîndu-se că proprietarul cuferelor minunate cu „obiecte valoroase” nu ar avea încredere în el dacă s-ar isca o ceartă, negustorul i-a înapoiat zîmbind pelerinului avutul său.

Apoi dervișul deghizat a spus:

— Vă mulțumesc pentru osteneală, dar m-am răzgîndit, cred că-mi voi lua cuferele cu mine, la urma urmei.

Iată cum a fost rezolvată problema pelerinului. El le-a mulțumit dervișilor pentru ajutorul lor, spunîndu-le:

— Nu-mi imaginez cum de v-ați gîndit la această soluție ingenioasă.

Soluție, obiectiv și orientarea resurselor

Altă caracteristică a psihoterapiei ericksoniene este orientarea sa către soluții, scopuri și resurse în locul cauzelor, evenimentelor din trecut și patologiei. De Shazer (1985, 1988), O’Hanlon (1989) și Furman (1992) au descris acest aspect al activității lui Erickson. Acest tip de terapie conduce la soluții foarte pragmatice și adesea surprinzătoare. Schimbarea este adesea posibilă în timp foarte scurt.

Am auzit cîndva o glumă care ilustrează foarte bine acest fapt (Trenkle, 2001).

Un bărbat merge la psihanalist și spune:

— Cred că sînt nebun. În fiecare noapte văd și aud animale sălbatice – lei, tigri, elefanți – care trec pe sub patul meu.

Psihanalistul: Întindeți-vă pe canapea și povestiți-mi despre aceste animale.

Pacientul: Stați puțin. Cît costă?

Psihanalistul: O oră costă 150 de euro. Putem începe cu 80 de ore, iar dacă este nevoie putem extinde terapia cu încă 80 de ore.

Pacientul: Nu sînt chiar așa de nebun.

După cîteva săptămîni, psihanalistul și pacientul se întîlnesc întîmplător la supermarket.

Psihanalistul: Cum vă mai simțiți?

Pacientul: Minunat. Cumnatul meu m-a vindecat în mai puțin de o oră.

Psihanalistul: Cumnatul dumneavoastră este terapeut?

Pacientul: Nu, e tîmplar. A tăiat picioarele patului meu.

Fiecare psihoterapeut cu experiență știe că, pentru a realiza schimbări în cazul copiilor și adolescenților, adesea este nevoie de timp și de răbdare. Totuși, voi descrie ulterior cazuri în care a fost posibilă realizarea unor modificări esențiale într-o oră sau mai puțin.

În primul rînd, voi descrie pe scurt două poziții fundamentale care constituie principii de bază importante pentru înțelegerea exemplelor de cazuri.

Principiile fundamentale

Utilizarea

Utilizarea este cel mai important principiu al abordării ericksoniene. Aceasta înseamnă că toate atitudinile, particularitățile, abilitățile și valorile pe care pacientul le aduce în terapie pot fi folosite în scopuri terapeutice. Sînt incluse aici caracteristicile patologice și bizare.

Un exemplu bine-cunoscut este cel al pacientului dintr-o secție de psihiatrie care se credea Iisus Hristos. Erickson îi spune: „Am auzit că ai experiență ca tîmplar”. Pacientul este de acord; la urma urmei, dacă pretinde că este Iisus, fiul lui Iosif, trebuie să aibă ceva experiență ca tîmplar. Erickson îi cere să facă o etajeră pentru cărți, pentru clinică. Acesta a fost începutul dezvoltării unei vocații profesionale pozitive și constructive.

Întreruperea tiparelor obișnuite ale gîndirii generatoare de impas

Terapia ericksoniană centrată pe soluții încearcă să întrerupă vechile obiceiuri ale gîndirii și să le deschidă pacienților ochii spre posibilități noi și surprinzătoare. Lui Milton Erickson îi plăcea să le prezinte clienților și colegilor pe care îi instruia probleme care îi determinau să-și abandoneze căile mentale obișnuite ale raționamentului. Un exemplu bine-cunoscut este

cel în care nouă puncte dispuse sub formă de pătrat trebuie conectate printr-o singură linie. Aceasta este posibil doar dacă liniile ies din cadrul format de puncte. O altă problemă pe care îi plăcea s-o folosească era să se explice cum e posibil ca 12 copaci să fie plantați în șase șiruri egale de cîte patru.

Următoarea poveste amuzantă dezvăluie atitudinea mentală necesară pentru a găsi soluții în terapia ericksoniană.

Examenul la fizică

Un candidat a picat examenul oral la fizică. Avînd impresia că asta era nedrept, deoarece dăduse un răspuns corect, susținea el, a apelat la instanță și a cîștigat. Deoarece conflictul dintre el și profesor depășise limitele civilizate, un observator neutru de la altă universitate a fost chemat pentru a participa la reexaminare.

La finalul examinării, problema decisivă era: „Stabiliți înălțimea unui zgîrie-nori cu ajutorul unui barometru”. Candidatul a meditat o vreme, apoi a răspuns:

— Aș lua barometrul și o sfoară lungă, m-aș urca pe acoperișul acelui zgîrie-nori, aș lega barometrul de capătul sforii și l-aș coborî pînă la sol. Apoi l-aș trage înapoi și aș măsura ce lungime a avut sfoara necesară pentru a atinge solul.

Profesorii s-au consultat între ei. Desigur, este posibil ca înălțimea unui zgîrie-nori să fie măsurată astfel, dar se așteptaseră la altceva într-un test la fizică. I-au adresat din nou întrebarea și au precizat că răspunsul trebuie să reflecte cunoștințele de fizică. I-au acordat candidatului cinci minute pentru a-și pregăti răspunsul. Au trecut trei minute, patru minute, iar candidatul încă mai stătea să se gîndească.

Observatorul și-a pierdut răbdarea și a întrebat dacă se pot aștepta să primească un răspuns. Candidatul a răspuns că încerca să decidă pe care dintre cele patru răspunsuri ar trebui să li-l prezinte.

În cele din urmă, candidatul a spus:

— Aș aștepta pînă cînd răsare soarele. Atunci aș pune barometrul lîngă clădire și aș măsura umbra barometrului și umbra respectivului zgîrie-nori. Știu cît de înalt este barometrul și pot stabili înălțimea clădirii cu ajutorul unui singur calcul proporțional.

Cei doi profesori au fost nevoiți să cadă de acord că trecuse testul. Răspunsul reflecta cunoștințe de fizică și era corect. Candidatul a părăsit încăperea satisfăcut. Observatorul l-a ajuns din urmă pe hol și i-a spus:

— Trebuie să recunosc că sînt curios. La ce alte răspunsuri te-ai gîndit?

Candidatul a zîmbit:

— Aș putea urca pe acoperișul acelui zgîrie-nori din nou, aș lăsa barometrul să cadă, cronometrînd durata căderii, și aș calcula înălțimea clădirii. Dacă vreți un răspuns mai complicat, aș putea lega din nou barometrul de sfoara cea lungă, folosindu-l ca pe un pendul. Aș putea măsura mișcarea pendulului la sol și în vîrful clădirii. Cu ajutorul constantei gravitaționale *g* trebuie să fie posibil să calculezi înălțimea clădirii. Dar, dacă nu ați fi insistat să ofer un răspuns care să implice fizica, aș fi preferat să procedez cu totul altfel: aș fi mers cu barometrul la administratorul clădirii și i-aș fi spus: „Am un barometru frumos, pe care vi-l dau dacă-mi spuneți înălțimea clădirii ăsteia”.

Studii de caz

Cazurile următoare ilustrează folosirea activităților strategice centrate pe soluții și pe resurse și a metodei utilizării, în intervenții uneori surprinzătoare și neobișnuite.

Picioare mari

Problema în cauză vizează cazul unei fete de 14 ani care își pusese în minte că picioarele ei sînt mult prea mari. Inițial, mama ei venise singură la Erickson și-i descrisese situația. De trei luni, fata era tot mai retrasă și nu voia să meargă la școală sau la biserică sau să fie văzută pe stradă. Nu permitea să se discute despre picioarele ei și refuza să consulte un medic. Oricîte asigurări îi dădea mama ei, acestea nu aveau nici o influență, iar fata se izola tot mai mult.

Erickson povestește: „Am stabilit cu mama ei să merg la ele acasă a doua zi, sub un pretext fals. Fetei urma să i se spună că vin să-i consult mama, să văd dacă are gripă. Deși era un pretext, mama ei chiar nu se simțea bine, un consult n-ar fi fost inadecvat. Cînd am ajuns la ele acasă, mama era în pat. I-am făcut un consult fizic atent, cu auscultație, i-am examinat gîtul și așa mai departe. Fiica era de față. Am rugat-o să aducă un prosop și i-am cerut să stea lîngă mine, în caz că aveam nevoie de ceva. Era foarte îngrijorată în legătură cu sănătatea mamei ei. Asta mi-a dat ocazia s-o privesc mai bine. Era destul de îndesată, dar picioarele ei nu erau mari.

Privind-o pe fată, m-am întrebat ce pot face ca să rezolv problema aceasta. În sfîrșit, m-am gîndit la un plan. Cînd am terminat consultația mamei, am făcut în așa fel încît fata să se afle exact în spatele meu. Stăteam pe pat, vorbind cu mama, și m-am ridicat încet și atent, apoi am făcut un pas în spate, cu stîngăcie. Mi-am pus călcîiul exact pe degetele de la picioare ale fetei. Fata, desigur, s-a văitat de durere. M-am întors către ea și, pe un ton de maximă furie, i-am spus: «Dacă ai fi avut chestiile alea destul de mari încît să le vadă omul, n-aș fi ajuns în situația asta!». Fata m-a privit uimită, în timp ce eu scriam o rețetă și sunam la farmacie. În aceeași zi, fata și-a întrebat mama dacă poate merge la un film, ceea ce nu mai făcuse de luni de zile. S-a dus la școală și la biserică și astfel s-au încheiat cele trei luni de izolare. M-am interesat ulterior care era situația, iar fata era prietenoasă și binevoitoare. Nu-și dăduseră seama ce făcusem, nici ea, nici mama ei. Mama ei observase doar că fusesem nepoliticos cu fiica ei, cînd le vizitasem în acea zi. Nu a făcut legătura cu faptul că fiica ei și-a reluat activitățile normale".

Cum a spus chiar Erickson, îi oferise fetei o sugestie pe care ea nu o putuse refuza. Nu era posibil să se discute direct despre subiect, deoarece ea refuza să-l discute sau să vadă un medic în privința asta. Erickson a făcut o afirmație care îl viza în primul rînd pe el. Și-a exprimat mînia fiindcă fusese pus într-o situație atît de jenantă și a dat vina pe „chestiile" mici ale fetei. Situația avea ceva foarte hipnotic. Călcătura dureroasă pe piciorul ei concentrase brusc atenția fetei, organismul a devenit dintr-odată dureros de conștient și de activat, iar sugestia indirectă conform căreia „chestiile" erau prea mici a fost deosebit de eficientă în această situație.

Atitudinea de izolare a fetei s-a schimbat, deși nu avusese loc o conversație terapeutică, nu fuseseră descoperite cauze ascunse, nu se dăduseră sarcini de lucru și nu se făcuse terapie familială. Procedeul lui Erickson avea elemente de planificare strategică și regizare. A venit ca medic de familie care face o vizită la domiciliu și și-a regizat și planificat consultul, astfel încît să poată efectua această intervenție foarte scurtă pentru fata care se rușina de mărimea picioarelor ei.

Situația

Acest caz ilustrează modul în care intervențiile neobișnuite centrate pe soluții și intervențiile strategice pot genera o schimbare într-un timp foarte scurt.

O mamă m-a sunat în legătură cu fiica ei de 11 ani, Annette, care se bîlbîia. Dar motivul pentru care mă sunase nu era chiar bîlbîiala. Fata era în mod normal un copil curajos, lipsit de griji, care nu lăsase dificultatea de vorbire să-i influențeze prea mult comportamentul. Chiar citea cu glas tare la biserică. Totuși, unii dintre băieții de la școală începuseră s-o tachineze nu doar în legătură cu bîlbîiala, ci și pentru că era puțin mai plinuță. Ea era în primele faze ale pubertății, iar acest dublu atac asupra vorbirii și asupra vanității ei părea să fie prea mult pentru ea. Plîngea, nu voia să mai meargă la școală și încetase să mai citească cu glas tare la biserică.

Am considerat că se impunea o intervenție de urgență, așa că am programat imediat familia pentru o ședință de

consiliere.

Annette era de fapt un copil vesel, sigur pe sine, dar, cînd am început să discutăm despre tachinarea de la școală, a început să plîngă și se vedea ușor că fusese jignită profund. Și părinții ei păreau foarte impresionați de această schimbare bruscă de dispoziție.

A explicat că mereu o tachinau aceiași patru-cinci băieți. Strigau după ea pe terenul de joacă: „Annannettette cea mamare și graaagrasă”.

M-am gîndit la o poveste pe care nu o folosisem niciodată în context terapeutic. A fost odată un bărbat. Era mereu curios și mereu experimenta. În primul rînd, mereu voia să afle cum ar reacționa alți oameni cînd făcea ceva complet neobișnuit și neașteptat. Odată, acest bărbat se grăbea. În fugă, a dat colțul unei clădiri și s-a ciocnit de alt trecător. De obicei, oamenii își cer scuze în astfel de situații: „Îmi pare rău. V-am rănit? Îmi cer scuze, mă grăbesc foarte tare”. Dar bărbatul nostru a vrut să vadă ce se va întîmpla dacă s-ar comporta cu totul altfel. S-a uitat cu importanță la ceas, a spus: „Da, e chiar ora 3.10”, apoi a mers mai departe. Dar era ora 17.30. A făcut vreo 30-40 de pași, apoi a privit în spate. Celălalt trecător era încă acolo, încremenise, fiindcă nu-și putuse da seama ce se întîmplase.

Annette a început să chicotească, de parcă ar fi intuit ce gîndeam. Părinții ei m-au privit cu o expresie uluită, de parcă ar fi vrut să spună: „Ce legătură are asta cu problema fiicei noastre și cu bîlbîiala?”.

I-am spus fetei:

— N-ar fi grozav dacă ți-ar veni și ție o idee să faci ceva la fel de trăsnit? Ceva atît de trăsnit încît cei cinci băieți să nu se

aștepte nicicum la așa ceva? Ceva atît de trăsnit și de surprinzător, încît băieții aceia ar încremeni ca niște pietre?

Lui Annette i-a plăcut imaginea asta și am început să căutăm idei amuzante despre ce reacție trăsnită ar fi cu totul neașteptată pentru băieții care o tachinau. În cele din urmă, ne-am gîndit la următorul lucru.

Data viitoare cînd băieții aveau să-i spună „Annannettette cea mamare și graaagrasă", avea să meargă pur și simplu pînă la ei, să bage mîna în buzunar și să le dea trei bomboane. Desigur, fiindcă erau trei bomboane și cinci băieți, nu primea fiecare cîte una. Apoi urma să spună: „Îmi pare rău, nu mai am altele azi", să le întoarcă spatele și să plece. După ce va fi mers vreo 12-15 metri, avea să se întoarcă și să vadă dacă ei stăteau încă acolo, cu bomboanele în mîinile întinse.

Ideea a entuziasmat-o foarte tare pe Annette. A chicotit, iar trauma a părut să i se risipească. Brusc, încetase să mai fie victima pasivă și devenise actor.

Stagiarii mei și cu mine eram foarte curioși dacă pariul avea să aibă succes, așa că am programat-o pe Annette să revină după zece zile. Parcă și ghiceam ce se va întîmpla data viitoare. Băieții nu o deranjaseră deloc pe parcursul celor zece zile. Annette trebuia să fi părut atît de sfidătoare și de încrezătoare, încît nimănui nu i-ar fi trecut prin minte să o tachineze.

Timp de 20 de minute, am sfătuit-o cum trebuie să se comporte ca să-i determine pe băieți s-o tachineze din nou. Ar fi fost păcat să nu aflăm niciodată dacă strategia noastră ar fi dat rezultate. Am învățat-o cum să privească în pămînt, să nu-i privească pe băieți în ochi, cum să ezite, cum să se strecoare nesigură pe sine prin curtea școlii și așa mai departe. Dar asta

nu a dat rezultat. Din păcate, băieții nu au mai tachinat-o niciodată. Ulterior, Annette a venit la mine pentru terapie obișnuită pentru bîlbîială. Era într-adevăr o fată foarte inteligentă, cu umor spontan.

Analiză

Cazul lui Annette ilustrează aspecte strategice și orientate spre soluții ale terapiei ericksoniene. Ei i se oferă o soluție în mod direct, fără a fi abordate cauzele, motivele, vulnerabilitățile sau structurile familiale care ar putea fi asociate cu problema ei. Intervenția este construită strategic, într-o serie de pași. Ca la o partidă de șah, trebuie gîndite cîteva mișcări în avans. Mai întîi, se spune o anecdotă care pare să nu aibă nici o legătură cu problema. Această povestire este antrenantă și distractivă. Umorul este un antidot excelent pentru neajutorare și rușine. Apoi, un aspect al anecdotei este asociat cu problema: n-ar fi grozav dacă ai putea face ceva atît de trăsnit și de neașteptat, încît băieții aceia să încremenească? Apoi, cînd tachinatul încetează, lui Annette i se dau informații despre cum ar putea impulsiona sau bloca tachinarea prin intermediul comunicării nonverbale, sub pretextul unei încercări de a-i determina pe băieți s-o tachineze din nou.

Băiatul care era tachinat

Șase luni mai tîrziu, un băiat de nouă ani, care era la rîndul său tachinat din cauză că se bîlbîia, a venit la terapie. I-am povestit despre Annette și i-am spus că, din păcate, încă nu știam dacă acel truc ar da rezultate. Băiatul era interesat de sporturi și de un cronometru. I-am încredințat misiunea de a-i da băiatului care îl tachina o bomboană, după care trebuia să-și pornească cronometrul, ca să aflăm cît dura pînă cînd hărțuitorul avea să-l tachineze din nou. Cînd clientul meu a revenit după trei săptămîni, mi-a dat răspunsul: 40 de secunde. L-am întrebat dacă îi dăduse mai întîi bomboana. Spre mirarea mea, mi-a spus că încă o mai avea. Venea dintr-o zonă în care oamenii sînt cunoscuți pentru spiritul lor econom și modificase puțin sarcina de lucru. Doar strigase: „Data viitoare primești o bombonică!”, apoi pornise cronometrul.

Am încercat să folosesc din nou tehnica aceasta cu un băiat de zece ani, dar era prea timid și neîncrezător în sine ca să riște să o testeze.

Terapia prin consecințe negative, vindecare garantată

Tehnica consecințelor negative a fost elaborată de Haley pe baza activității lui Erickson (Haley, 1984). Pe scurt, clientului i se încredințează o sarcină de lucru pentru acasă atît de neplăcută, încît este mai avantajos să renunțe la simptom. O

variație este vindecarea garantată, cum numea Haley tehnica. Începe prin a anunța că terapeutul știe ceva ce va rezolva problema, garantat. Totuși, este dificil și neplăcut de realizat. Această „vindecare garantată” este menționată iar și iar, pînă cînd pacientul devine foarte curios în privința ei. Apoi terapeutul refuză să dezvăluie soluția vindecării pînă cînd clientul nu jură solemn că o va pune în practică întocmai.

Jucătorul de noroc incorigibil

Un studiu de caz ilustrează această tehnică: o mamă anxioasă a sunat să facă o programare pentru familia ei. Era îngrijorată că soțul ei iute la mînie l-ar putea răni pe unul dintre fii. A explicat la telefon că fiul ei de 17 ani juca la aparate în mod compulsiv de doi ani. Era pe cale să-și piardă locul de muncă (ucenic de bucătar), fiindcă fusese prins luînd bani din casa de marcat și i se spusese că va fi concediat dacă se repetă. De asemenea, furase de la sora lui de 15 ani și de la fratele lui de 20 de ani. Acum, din laboratorul de tehnică stomatologică al tatălui său lipseau metale prețioase și părea clar cine le luase. Tatăl amenințase că-l omoară pe fiu dacă îl prinde furînd din laboratorul lui.

Familia se întîlnise deja de două ori cu terapeuți în legătură cu această problemă, dar nu existase nici o schimbare în privința jucatului compulsiv și a problemelor asociate. Erau disperați, iar mama mai sesizase și o conexiune între situația familială tensionată și colita ei ulcerativă.

Pe lîngă părinți și fiul de 17 ani care juca compulsiv la aparate, la prima întîlnire au venit și fratele de 20 de ani și

sora de 15 ani. Fiul a spus la începutul ședinței – destul de enervat – că întreaga familie era din nou acolo, deși el era cel care avea problema. Pînă acum, a spus el, nimeni nu reușise să-l ajute să-și controleze dependența de a juca la aparate. Toți căutaseră probleme la nivelul familiei, dar el era cel care prezenta dependența.

Tînărul și-a subliniat dorința de a renunța să mai joace la aparate și a mărturisit că plănuia să folosească banii pe care i-ar economisi pentru a se muta din locuința familiei într-un apartament cu iubita lui. Afirmația lui a făcut-o pe mamă să lăcrimeze, așa că am întrebat-o: „Presupunînd că alternativele sînt că încetează să mai joace la aparate și se mută de acasă sau continuă să joace la aparate și ajunge un nenorocit, dar locuiește cu familia, ce ați prefera?”. A ignorat întrebarea și a schimbat subiectul. Cînd am insistat să răspundă, a început să plîngă. Am aflat că nici ea, nici soțul ei nu avuseseră o viață de familie adevărată în copilărie și că își construiseră noua casă pentru a le oferi copiilor casa pe care ei înșiși și-o doriseră în copilărie. Copiii, credeau ei, ar trebui să rămînă acasă, cel puțin pînă se căsătoreau. (Aici ar trebui să menționez că nu este neobișnuit în zonele rurale și în orașele mici din Germania ca copiii adulți să locuiască cu părinții pînă se căsătoresc sau ca cuplurile căsătorite să locuiască într-un apartament din casa părinților lor. Astfel, dorința ei de a nu-și lăsa fiul să se mute nu suna la fel de nenatural în contextul nostru cultural cum ar putea suna în societățile non-germane. Cu toate acestea, exista o problemă.)

Amintindu-mi celelalte două terapii familiale eșuate, am decis să fac terapie individuală cu fiul, în prezența familiei.

L-am întrebat pe fiu dacă voia într-adevăr să renunțe la jocurile de noroc, deoarece începerea terapiei ar avea logică doar dacă dorința lui de a-și controla acest obicei era sinceră. Tînărul m-a asigurat, oarecum posomorît, că deja spusese că vrea să renunțe.

Apoi i-am spus că existau două modalități posibile de a renunța: cea rapidă și ușoară și cea lungă și dificilă. Din păcate, i-am spus că în cazul lui o consider posibilă doar pe cea lungă și dificilă.

Calea rapidă și ușoară ar fi următoarea: o femeie a venit la mine pentru a fi hipnotizată. Voia să renunțe la fumat. Am hipnotizat-o și nu a mai fumat cîteva zile, dar apoi a început din nou. Mai tîrziu, cînd am întîlnit-o din nou, mi-a spus că renunțase cu adevărat. Am fost curios cum reușise. A rîs și mi-a explicat că mersese la medic pentru un control de rutină, iar el o felicitase pentru sarcină. Țigara pe care o fumase înainte să intre în cabinetul medicului fusese pur și simplu ultima. Nu voia să facă nimic ce i-ar fi dăunat copilului, așa că pur și simplu a renunțat. Acesta era modul rapid și ușor: renunți pur și simplu. Totuși, în opinia mea, calea rapidă și ușoară nu era o opțiune pentru el. El trebuia să urmeze calea lungă și dificilă.

Apoi i-am descris două cazuri în care se apelase la consecințe negative pentru a induce schimbarea. Mai întîi, i-am povestit despre o asistentă medicală care nu reușea să adoarmă după o zi de muncă grea la serviciu. Ca să adoarmă, în sfîrșit, a apelat la un mic truc. S-a întrebat care ar fi cel mai greu lucru pe care l-ar putea face pe moment. A decis că lucrul cel mai dificil ar fi să se ocupe de curățenia săptămînală pe holul dormitorului asistentelor medicale. Prin urmare, a făcut

un contract cu ea însăși: „Dacă văd ecranul ceasului deșteptător la ora 11.00, mă ridic din pat și dau cu mopul pe holuri și pe scări, tocmai pînă la parter”. Acesta era într-adevăr un contract cu sine însăși. Este foarte important ca astfel de contracte să fie respectate întocmai. Dacă la 11 și-ar fi spus: „Cred că voi aștepta pînă la 12”, atunci toate acestea n-ar fi avut nici un rost. Un contract e un contract. Pentru că ea intenționa în mod sincer să se ridice din pat și să dea cu mopul pe holuri la ora 11.00, nu a mai văzut ecranul ceasului deșteptător după acea oră.

I-am spus apoi altă poveste despre o încercare dificilă și am accentuat din nou cît de important este să fie luat în serios contractul. Băiatul de 17 ani a repetat că își dorește cu adevărat să nu mai joace la aparate. L-am întrebat pe tatăl lui ce ura cu adevărat băiatul și care ar fi echivalentul datului cu mopul pe holuri pentru el. Tatăl a rîs și a precizat diverse sarcini gospodărești în casă și în grădină. Mai rămăseseră multe de făcut în noua casă: de văruit pivnița, de vopsit un gard, de tuns pajiștea... I-am încredințat tatălui misiunea de a alcătui o listă lungă cu activități neplăcute în casă și în grădină.

Apoi i-am propus fiului să facă un contract cu el însuși, care să includă consecințe negative. Mai întîi l-am provocat din nou, repetînd că, desigur, există și calea rapidă și ușoară, posibilitatea de a renunța pur și simplu, dar că, din păcate, el era nevoit să apeleze la modalitatea dificilă, care presupunea multă muncă. Apoi i-am descris contractul: de fiecare dată cînd intra într-o sală de jocuri urma să îndeplinească o sarcină de pe lista tatălui său. Prima dată urma să muncească timp de o oră; a doua oară, timp de două ore; iar apoi se mai punea

problema dacă voia să renunțe la jocurile de noroc rapid sau mai lent. Dacă voia să progreseze rapid, îi sugeram o progresie geometrică: o oră, două ore, patru, opt și așa mai departe. Totuși, el și familia lui suferiseră deja atît de mult din cauza dependenței lui de jocurile de noroc, încît nu era mare diferență între a renunța rapid sau mai lent, astfel că putea să facă progresia și prin adunare: o oră, două ore, trei, patru. Și așa mai departe. De cîteva ori, am menționat iar că, din păcate, nu era genul de om care să renunțe pur și simplu.

În acest moment, tînărul și-a dat seama că situația devine serioasă și că acest contract ar avea un efect real asupra comportamentului său legat de jocurile de noroc și asupra plăcerii pe care i-o generau acestea. A început să se agite și să caute modalități de evitare. A încercat să negocieze ca acest contract să devină valabil doar cînd juca într-adevăr la aparate, nu doar cînd juca pinball sau petrecea timp în sălile de jocuri. Fratele lui mai mare a intervenit, spunînd că probabil asta era doar o șmecherie. După cîteva minute de discuție încinsă între frați, fiul mai mic a concluzionat că ar fi mai bine ca intrarea într-o sală de joc să fie criteriul. Dar voia să înceapă cu o jumătate de oră de muncă, la care să tot adauge cîte jumătate de oră. Am acceptat asta imediat, comentînd că era contractul lui, pe care îl făcea cu el însuși. Această creștere lentă avea să ajungă, mai devreme sau mai tîrziu, la un punct în care jocurile de noroc aveau să devină „prea costisitoare”. Am remarcat din nou că acest sistem nu făcea decît să-mi confirme impresia că el era genul de om care trebuia să-și asume metoda cea grea și să muncească mult. Alți oameni adoptă metoda mai ușoară și renunță pur și simplu.

Următoarea noastră întîlnire a avut loc după șapte săptămîni. Nu jucase deloc jocuri de noroc și nu fusese nevoit să se achite nici măcar de o sarcină de jumătate de oră de pe lista tatălui său. Totuși, familia nu mi-a dat șansa să arăt că recunoscusem această schimbare rapidă: mama l-a atacat pe fiu cu reproșuri, fiindcă luase scuterul surorii lui fără permisiunea acesteia, ca să se ducă să-și cumpere țigări. Tînărul, cu lacrimi în ochi, s-a întors către mine și mi-a spus:

— Vedeți? Eu sînt mereu măgarul în familia asta. Mai întîi a fost vorba despre jocurile de noroc. Acum e vorba despre scuter sau despre altceva. Nimic nu contează, fir-ar să fie!

M-am temut imediat că va începe din nou să meargă să joace la aparate, din cauza dezamăgirii și din sfidare. Am început să pun întrebări circulare, în stilul abordării sistemice a lui Milan: Ce ar trebui să facă tatăl pentru ca fiul să aibă sentimentul că trebuie să joace din nou la aparate? Ce crede fratele că ar putea face mama astfel încît tînărul să simtă că era mai bine să nu joace la aparate? Ce putea face fiul astfel încît mama să tindă într-o măsură mai mare să facă lucruri care nu erau pe placul lui? Am încercat să identific și să previn cît mai multe riscuri de recidivă, prin intermediul unor astfel de întrebări.

După aproximativ șase luni, mama lui m-a sunat panicată:

— Fiul meu și-a golit contul bancar. Astăzi împlinește 18 ani și și-a retras toți banii, peste 1.800 de dolari!

Am întrebat-o:

— Joacă la aparate?

A spus:

— Nu, în continuare nu joacă la aparate, dar nu poate să-și scoată pur și simplu toți banii din bancă. Habar n-am ce are

de gînd să facă.

Am încercat să-i explic că nu avea cum să-l împiedice, fiindcă nu mai era minor.

După mai bine de doi ani, am telefonat familiei, să aflu cum evoluaseră lucrurile. Mama încă se mai plîngea. Fiul ei era nerecunoscător. La scurt timp după ce împlinise 18 ani dispăruse, iar timp de nouă luni nu știuse unde fusese. S-a întors de Crăciun, cu cadouri pentru familie. Își terminase ucenicia, locuia cu iubita lui și nu juca la aparate. Își găsise o slujbă la o cafenea dintr-un supermarket, fiindcă prefera orele fixe ale unei slujbe de zi programului neregulat nocturn dintr-un restaurant obișnuit.

Analiză

Tehnica consecințelor negative constituie un adaos ideal la repertoriul unui hipnoterapeut. Ca în cazul acesta, clientul speră adesea într-o vindecare sau o soluție miraculoasă pe care terapeutul să o genereze în mod magic, prin hipnoză. Hipnoza tinde să activeze astfel de așteptări, iar utilizarea terapeutică a acestor speranțe și așteptări face adesea posibilă satisfacerea lor. În acest caz, ca în cel al multor alți clienți cu adicții, una dintre temele terapeutice este decizia clară, fermă că persoana vrea într-adevăr să renunțe la obiceiul respectiv. Clientul trebuie să-și asume responsabilitatea pentru comportamentul său. Un hipnoterapeut poate ajunge ușor la o dilemă: clientul definește situația în termenii: „Vreau să renunț, dar nu pot” și solicită să fie hipnotizat. Dacă pacientul repetă comportamentul, atunci hipnoza a fost prea slabă sau nu a fost suficient de profundă. Responsabilitatea poate fi transferată asupra terapeutului. Tehnica consecințelor

negative este un instrument eficient pentru a-i reda clientului responsabilitatea.

Gîndirea de tip „ori... ori”

O parte a problemelor pacientului care are o dependență este seria de bătălii pierdute cu dependența la care acesta voia să renunțe. Pacientul practică jocuri de noroc, de exemplu, apoi spune: „Asta a fost ultima oară. Nu mai fac asta niciodată!”. După cîteva ore sau zile, dependența este mai puternică decît decizia, iar comportamentul adictiv este efectuat din nou. Pacientul vede rușinat că a pierdut din nou și are totodată sentimentul pierderii stimei de sine. Stima de sine redusă amplifică apoi necesitatea distragerii atenției sau a unei noi stimulări prin intermediul dependenței. De regulă, pacientul gîndește în categorii de tipul 0-1: dependent *versus* nondependent, a practica jocuri de noroc *versus* a nu mai practica jocuri de noroc niciodată. Contractul bazat pe consecințe negative descris în cazul de mai sus al jucătorului de noroc compulsiv pune sub semnul întrebării această gîndire de tip „ori... ori”. Brusc, pacientul are permisiunea de a practica jocuri de noroc. Dar a practica jocuri de noroc are un preț, un preț imediat, neplăcut. Pe de o parte, prețul crește ori de cîte ori practică jocuri de noroc; pe de altă parte, are, într-un fel, permisiunea de a juca. Doar că trebuie să plătească prețul convenit. La început, prețul poate fi chiar mic. Ciclul bunelor intenții, urmat de conștientizarea că a pierdut lupta

cu dependența, este întrerupt. Dependența pare să aibă mai puțină putere și pare să fi devenit mai ușor de gestionat. De asemenea, pacientul are un interval de tranziție în care se poate concentra pe reconstrucția internă a psihicului său și pe descoperirea unei identități noi, fără dependență. În acest caz, și interacțiunea cu familia a fost modificată. În ultimii doi ani, comportamentul dependent a fost o temă constantă în familie. În spatele luptei nesfîrșite se ascundeau alte conflicte, precum separarea și individuația necesare în cazul copiilor. Contractul bazat pe consecințe negative modifică și regulile acestui joc. Tatăl a întrebat cine urma să verifice toate acestea, iar noi am descoperit în cadrul ședinței că nimeni altul decît fiul trebuia să țină socoteala. El voia să renunțe la jocuri de noroc și a făcut un contract cu el însuși, pe care îl va respecta cu onestitate. Dacă urma să practice jocuri de noroc, își asuma riscuri și în privința contractului terapeutic și urma să muncească în casă și în grădină. Jocurile de noroc nu mai pot servi drept prilej de acuzații și insulte.

Arta negocierii unui contract

Este esențial ca într-un contract bazat pe consecințe negative să nu existe nici o posibilă portiță de scăpare. De asemenea, astfel de contracte impun respectarea lor de către pacienți, odată ce au căzut de acord. Acest lucru poate să nu fie ușor pentru un tînăr de 17 ani. Un comportament prea amabil al terapeutului poate conduce la încălcarea

contractului, la fel ca în cazul unei atitudini prea dure. Un tînăr cu tendințe rebele poate fi determinat ușor să încalce contractul, cînd cineva încearcă să-l silească să arate respect. Aici, am evitat acest lucru descriind celelalte două cazuri. Pe parcursul ambelor povești am inserat referiri insistente la faptul că respectarea strictă a contractului era o condiție absolut necesară pentru ca tehnica să funcționeze. Asistenta medicală într-adevăr ar fi dat cu mopul pe pardoseală la ora 11.00. Dacă ar fi fost trează la ora 11.00 și ar fi amînat respectarea contractului pînă la ora 12.00, ar fi putut la fel de bine să renunțe la întreaga poveste. Era important că ora 11.00 înseamnă ora 11.00. Este mult mai ușor să integrezi sugestii esențiale în povestea unui caz al altei persoane decît să-i spui astfel de lucruri în mod direct unui pacient tînăr, cu posibile tendințe rebele.

Succesul terapiei bazate pe consecințe negative depinde de obicei de iscusința terapeutului în negocierea contractului. Acesta trebuie să fie pregătit să dedice ceva timp acestei chestiuni: dintre cele aproximativ 100 de minute ale acestui interviu, aproape 40 au fost dedicate negocierii contractului.

Portițe de scăpare în contract

Arta terapiei bazate pe consecințe negative constă predominant în descoperirea portițelor de scăpare în contract, în timp. Contractul descris mai sus, de exemplu, includea o portiță de scăpare, dar pacientul a fost suficient de sincer încît să respecte totuși contractul. Pentru a explica mai clar portița de scăpare, voi descrie alt caz.

Un coleg a prezentat cazul unui tînăr dependent de jocuri de noroc pentru supervizare: tînărul pacient era foarte activ în domeniul politic și susținea foarte categoric o anumită grupare politică. Contractul bazat pe consecințe negative îi impunea să doneze bani inamicilor săi politici, pe care îi ura atît de mult. Urma să înceapă cu cinci dolari și să dubleze suma ori de cîte ori ar fi practicat jocuri de noroc: 10 dolari, 20 de dolari, 40 de dolari, 80 de dolari și așa mai departe.

Cînd clientul a venit la următoarea ședință de consiliere, acumulase o datorie considerabilă către dușmanii săi, mai mare decît creditul pe care i l-ar fi acordat vreo bancă. Portița de scăpare din contract a constat în faptul că nimeni nu se gîndise să specifice că donația trebuie efectuată imediat după ce practica jocuri de noroc, înainte să aibă voie să le practice din nou. Nici eu nu mă gîndisem la asta: băiatul de 17 ani ar fi putut să joace jocuri de noroc în mod repetat și să-și amîne sarcinile „pe altă dată”. Mi se pare mai dificil să corectăm astfel de contracte după ce intră în vigoare decît să fie concepute impecabil de la bun început.

Terapia scurtă poate dura mult

Milton Erickson poate fi inventatorul terapiei scurte centrate pe soluții, iar procedeele sale fac adesea posibile soluții surprinzătoare, dar există și exemple impresionante de tratamente care se extind pe perioade mari. În *Experiencing Erickson*, Jeff Zeig (1958) descrie munca terapeutică a lui

Erickson cu un tînăr psihotic cu care Erickson s-a întîlnit timp de peste zece ani. El a scris peste 40 de poezioare de un comic absurd pentru acest caz, iar o serie de scrisori scrise de cîinele lui Erickson către cîinele pacientului încă se mai păstrează. Erickson a integrat mesaje terapeutice importante în aceste poezioare și scrisori, care aveau scopul de a-l stabiliza suficient pe pacient, astfel încît să nu fie necesară internarea lui la psihiatrie. O soluție rapidă sau, de fapt, orice fel de vindecare nu era posibilă, în pofida dedicării uriașe a lui Erickson. Terapia scurtă a lui Erickson pentru copii, adolescenți și adulți durează cît de mult este necesar, pentru clientul individual.

Acest tip de terapie centrată pe soluții și strategie facilitează adesea soluții rapide, fără să fie necesară explorarea problemei în profunzime. Charles Van Riper, pionierul terapiei de vorbire în America, mi-a dat o idee care m-a condus la imaginea următoare, ce reflectă o parte din filosofia terapeutică ericksoniană: cînd un rîu are apele învolburate și poartă cu el multe lemne și alte aluviuni, acestea se pot bloca, formînd un baraj. Cînd apa rămasă în spatele barajului amenință să inunde împrejurimile, terapeutul nu trebuie să sară în rîu și să scoată toate trunchiurile de copaci, ramurile și gunoaiele. Este suficient să monitorizeze atent situația și să clintească un trunchi sau să scoată o ramură dintr-un loc bine ales. Rîul va rezolva singur problema.

La un atelier desfășurat la Heidelberg în 1986, Bill O’Hanlon a prezentat un scurt caz terapeutic cu o soluție surprinzător de rapidă. Un participant cu formare psihanalitică a protestat că, în cazul unor astfel de proceduri,

vezi doar suprafața! Procesele profunde nu ies la iveală. Vezi doar vîrful aisbergului, aflat deasupra apei; cele șapte optimi de sub apă rămîn invizibile. O'Hanlon a răspuns: „Cînd tratez vîrful aisbergului și într-adevăr este un aisberg, atunci el plutește, ridicîndu-se, iar porțiunea următoare devine vizibilă, astfel încît eu pot acționa asupra ei". Apoi a adăugat: „Observația mea sugerează însă că de cele mai multe ori nu există nici un aisberg. Vîrful plutește pur și simplu singur pe suprafața apei".

Bibliografie

Bandler, R., Grinder, J. (1975a). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.*, vol. I. Cupertino, CA: Meta Publications.

Bandler, R., Grinder, J. (1975b). *Patterns of the hypnotic techniques of Milton H. Erickson, M.D.*, vol. II. Cupertino, CA: Meta Publications.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: Norton.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy.* New York: Norton.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Furman, B. (1992). *Solution talk: Hosting therapeutic conversations.* New York: Norton.

Haley, J. (1984). *Ordeal therapy: Unusual ways to change behavior.* San Francisco: Jossey-Bass.

Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, M.D.*, vol. III: *Changing children and families.* New York: Triangle.

Haley, J. (1986). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson.* New York: Norton.

Lankton, S.R., Lankton, C.H. (1983). *The answer within: A clinical framework of Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy.* San Francisco: Jossey-Bass.

Madanes, C. (1984). *Behind the one-way mirror.* San Francisco: Jossey-Bass.

O'Hanlon, W.H. (1989). *In search of solutions.* New York: Norton.

Olness, K., Kohen, D.P. (1986). *Hypnosis and hypnotherapy with children* (ed. a III-a). New York: Guilford.

Rossi, E.L. (1980). *Innovative hypnotherapy by Milton H. Erickson: The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, vol. IV. New York: Irvington.

Shah, I. (1994). *The commanding self*. Londra: Octagon.

Trenkle, B. (2001). *The ha-ha handbook of psychotherapy.* Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.

Zeig, J.K. (1985). *Experiencing Erickson.* New York: Brunner/Mazel.

Capitolul 33

„Vreau să mă port cu el mai bine decît s-a purtat el cu mine.” Intervenții ericksoniene și intervenții centrate pe soluții la un părinte vîrstnic dependent

Yvonne M. Dolan

Practicînd psihoterapia, în ultimii ani am văzut tot mai des adulți de vîrstă mijlocie aflați în postura ironică de a fi responsabili pentru îngrijirea părinților lor vîrstnici care îi abuzaseră în copilărie. Acest capitol ilustrează modul în care semnalele asociative ericksoniene (Dolan, 1991, 1994a; Erickson și Rossi, 1979, 1989; Gilligan, 1987) și abordarea ericksoniană a utilizării (Dolan, 1985; Erickson, 1959) pot fi combinate cu „întrebarea-miracol” (Berg și Miller, 1992; De Shazer, 1988, 1991, 1994; Dolan, 1998) și cu scalarea (Berg și De Shazer, 1993; Berg, 1990; De Jong și Berg, 1996; Dolan, 1994b; Miller, 1997) din cadrul terapiei centrate pe soluții (Berg, 1990; De Shazer, 1985; De Shazer, Berg, Lipchik *et al*., 1986) pentru a ameliora simptomele stresului posttraumatic la clienții care ajung să joace acest rol dificil.

Pe parcursul a 20 de ani de lucru cu persoane abuzate de părinți sau de alți îngrijitori importanți, am observat că, cu cît victimele beneficiază mai rar de afecțiune sau de simplă bunătate din partea celor care îi abuzează, cu atît mai prețioasă și semnificativă devine orice experiență de îngrijire.

Oricît de predominant este comportamentul abuziv al unui părinte, este rareori singura experiență avută împreună cu copiii săi. Poate că acest aspect, împreună cu sentimentul datoriei și cu dorința de a nu repeta cruzimea cu care au fost tratați, este unul dintre motivele pentru care copiii adulți își doresc adesea și simt nevoia să mențină o relație solidă cu un părinte în vîrstă care i-a abuzat în trecut sau o face și în prezent.

Deși ar părea rezonabil sau chiar ar avea efect terapeutic ca un copil adult pur și simplu să întrerupă relația cu un părinte care continuă să-l abuzeze emoțional, aceasta poate să nu fie o opțiune realistă pentru client. În multe cazuri, costul emoțional al întreruperii relației (suferință, anxietate, imprevizibilitate sau dezorientare temporară, după ce a petrecut ani de zile organizîndu-se pentru a face față părintelui abuziv) poate depăși beneficiile sale.

Acesta era și cazul lui Liz. După ce a trăit o viață activă, extrem de independentă, tatăl ei vîrstnic, rămas văduv, era acum pe moarte la un spital local. Lui Liz îi era rușine că simțea ușurare la gîndul că, în sfîrșit, el nu avea să mai facă parte din viața ei.

De cînd ținea minte Liz, tatăl ei îi spusese că, oricît s-ar strădui, nu e suficient. Totodată, tatăl ei era iute la mînie și, ori de cîte ori lucrurile nu mergeau cum își dorea el în afaceri sau în relațiile personale, se enerva și se descărca pe oricine se

nimerea să-i fie în preajmă. În copilăria ei, acea persoană fusese adesea Liz. Pe lîngă faptul că fusese supusă avalanșei necruțătoare de critici din partea tatălui ei și expusă unor episoade de furie explozivă, Liz fusese umilită în public de nenumărate ori, din cauza comportamentului tatălui ei. În orășelul din Vestul Mijlociu în care copilărise, tatăl ei era bine cunoscut drept un donjuan lasciv, amator de jocuri de noroc și alcoolic.

Deși Liz scăpase în cele din urmă parțial de jena provocată de comportamentul tatălui ei mutîndu-se într-un oraș îndepărtat, criticile și abuzul lui emoțional au continuat să ajungă la ea prin intermediul telefonului și al scrisorilor, precum și pe parcursul prilejurilor destul de rare în care se întîlnea personal cu el. Ea a explicat: „Abuzul emoțional din partea lui, care mi-a făcut copilăria un coșmar, nu a încetat cînd am crescut. A continuat să mă critice și să mă umilească ori de cîte ori avea ocazia”.

De-a lungul anilor, Liz și-a elaborat treptat modalități de a minimaliza impactul cruzimii tatălui ei. Își crease un protocol personal de autoprotecție pe care îl numea „reguli de control al daunelor”. De exemplu, ori de cîte ori era posibil, evita să-l vadă singură pe tatăl ei, deoarece comportamentul lui avea tendința să devină mai echilibrat cînd erau și alții de față. Limitase orice contacte private cu el, fie la telefon, fie în persoană, la doar cîteva minute, și avea o scuză pregătită pentru momentul cînd trebuia să se retragă.

Aceste „reguli” i-au permis să evite escaladarea emoțională către o ceartă cu tatăl ei și să prevină, sau cel puțin să minimalizeze, simptomele posttraumatice de anxietate,

insomnie, dificultăți de concentrare și flashbackuri care apăreau cînd era expusă criticilor sale agresive.

Totuși, respectarea acestor reguli nu fusese ușoară pentru Liz. Se simțea vinovată pentru că evitase contactul cu tatăl ei, ținînd cont de faptul că el făcuse și multe lucruri bune pentru ea. De exemplu, tatăl ei, nu mama blîndă și pasivă, o încurajase pe Liz să meargă la facultate și după ce a absolvit, tot el i-a oferit fondurile necesare pentru a-și întemeia propria ei afacere, foarte profitabilă. Deși îi displăcea cruzimea emoțională a tatălui ei, era totodată recunoscătoare pentru ajutorul pe care i-l dăduse în diverse momente din viața ei.

Recent, din cauza bolii lui și știind că probabil nu mai avea de trăit decît cîteva luni, ea își încălcase propriile reguli și începuse să petreacă mai mult timp singură cu tatăl ei la spital. Pe parcursul acestor vizite, el își exprimase adesea îndoiala cu privire la capacitatea ei de a avea succes în viață. Alteori, slăbit de durere, vorbea doar pentru a-și comunica necesitățile de ordin fizic. Totuși, chiar dacă nu spunea nimic critic în mod direct, expresia facială a tatălui ei sau tonul vocii îi evocau lui Liz amintiri dureroase din copilărie, generînd simptome ale stresului posttraumatic cum ar fi anxietatea, flashbackurile, coșmarurile, tulburările de somn și impulsurile suicidare, care durau cîteva zile. Ideația suicidară nu era nouă. După cum a explicat Liz:

> M-am gîndit de multe ori în trecut să mă sinucid doar ca să scap de el. Acum, cînd în sfîrșit e pe moarte, îmi dau seama că sînt copleșită de un amestec de furie, tristețe, dragoste și, cred, predominant ușurare.

În acest moment din viața ei, Liz simțea că nu ar fi fost etic să aleagă să nu-și vadă tatăl sau să limiteze timpul petrecut cu el:

> Acum este pe moarte, este neajutorat, iar eu sînt singura membră a familiei rămasă să aibă grijă de el. Ca să fiu împăcată cu mine însămi după ce el nu va mai fi, vreau să mă fi purtat cu el mai mult decît decent, cu dragoste și bunătate, pentru ca apoi să știu că nu am cedat comportamentului abuziv cu care m-a obișnuit. Nu a mai rămas mult timp. Vreau ca relația aceasta să se încheie altfel decît a fost pînă acum. Acest lucru este probabil imposibil, dar, după ce-l văd, nu vreau să mai am tendințe suicidare și să nu pot dormi zile în șir. Vreau să pot funcționa la serviciu și să nu fiu complet copleșită de toate amintirile cumplite ale răutăților pe care mi le-a spus și mi le-a făcut în trecut. Probabil vreau prea mult. Dar acum, că în sfîrșit e pe moarte, vreau ca relația mea cu el să se încheie cumva mai bine decît a fost pînă acum. Este un vis imposibil, cred.

Liz și-a schimbat poziția în scaun, stînjenită, și și-a mușcat nervoasă o unghie. Suferința și nostalgia din vocea ei îi contraziceau cinismul cuvintelor.

Cînd clienții solicită ajutor pentru situații aparent imposibile, îmi place să le ofer întrebarea-miracol din cadrul terapiei centrate pe soluții. Cînd este adresată cu grijă, după ce l-am ascultat atent pe client descriind problema, întrebarea-miracol invită clientul să identifice ce anume vrea să se producă în terapie, conferindu-i totodată puterea de a elabora

o perspectivă nouă și de a identifica resurse potențiale sau anterior ignorate.

Asemenea tuturor ofertelor terapeutice, momentul adresării întrebării-miracol este important. De exemplu, dacă este pusă prea devreme, înainte ca persoana să fi avut ocazia adecvată să spună de ce a venit la terapie sau înainte ca terapeutul să-și exprime înțelegerea și compasiunea, clientul se poate simți subestimat. Dacă este adresată prea tîrziu în cadrul ședinței sau deloc, clientul poate să plece avînd în mod inutil sentimentul că este blocat sau disperat. Pentru a decide cînd trebuie formulată întrebarea-miracol, am descoperit că este foarte util conceptul ericksonian referitor la un „moment de atenție la răspuns” (Erickson și Rossi, 1979).

Momentul de atenție la răspuns este o stare care survine natural, caracterizată printr-o receptivitate sporită față de comunicarea terapeutică (*Erickson și Rossi, 1979*). Am descoperit că eficiența întrebării-miracol sporește dacă asociez adresarea ei cu semnalele exterioare ale unui moment de atenție la răspuns. De obicei, clienții semnalează această stare devenind tăcuți, modificîndu-și poziția pentru a sta mai confortabil, respirînd mai profund și mai relaxat, fără să mai privească concentrat, apoi privind cu expectativă înspre terapeut. Așa s-a întîmplat în cazul lui Liz.

După ce a terminat de vorbit, Liz a făcut o pauză. Apoi s-a cufundat mai adînc în scaun, a început să respire mai profund și, cu o expresie căutătoare, m-a privit în ochi. Asta sugera că ajunsese într-un moment de atenție la răspuns, așa că am profitat de ocazie cu blîndețe, pentru a-i adresa întrebarea-miracol. Scopul adresării acestei întrebări era multiplu: să o ajut pe Liz să precizeze mai detaliat ce anume se aștepta să

obțină de la terapie, să creez un context în care ea să poată explora confortabil posibilități noi și să o ajut să-și acceseze speranțele, nu doar fricile, înainte de încheierea ședinței.

Întrebarea-miracol

Iată versiunea întrebării-miracol pe care i-am adresat-o lui Liz:

> Y.D.: Să ne imaginăm că în seara asta mergi acasă, te bagi în pat și ai un somn foarte profund și odihnitor, din care știi că te vei trezi în dimineața următoare simțindu-te foarte revigorată…
>
> Și să presupunem că, în timpul acelui somn foarte profund, odihnitor, survine o schimbare, se modifică ceva, dar tu încă nu știi în acel moment, deoarece, desigur, dormi profund, bucurîndu-te de toate beneficiile unui somn cu adevărat odihnitor. Să presupunem că schimbarea care are loc este un fel de minune, poate chiar ceva ce nu ți-ai fi imaginat că se poate întîmpla, înainte să te culci. Iar prin acea minune, în timp ce dormi, ceva se modifică astfel încît, atunci cînd te trezești, găsești o modalitate satisfăcătoare și semnificativă de a reacționa față de tatăl tău, una care îți permite să te simți bine apoi. Dar, deoarece dormeai cînd s-a întîmplat miracolul, nu ți-ai da imediat seama că a avut loc. Prin urmare,

ce crezi că ai observa mai întîi după ce te trezești, ceva ce ar începe să-ți dea de înțeles că a avut loc un miracol și că lucrurile s-au schimbat pentru tine?

C: N-aș fi atît de anxioasă cînd m-aș gîndi că trebuie să merg la spital, să-l văd pe tata. Și nu mi-aș face atîtea griji că voi avea insomnii și tendințe suicidare după aceea și că nu voi putea dormi. Aș fi liniștită.

Y.D.: Ce anume ar fi diferit și te-ar face să-ți dai seama că ești liniștită?

C: M-aș gîndi la lucruri de zi cu zi, cum ar fi slujba mea, la ce anume fac în acel moment al zilei, m-aș concentra asupra momentului. Mai întîi, dimineața, cred că mi-aș bea cafeaua și chiar i-aș simți gustul, nu mi-aș face griji despre cum m-aș simți după ce mi-aș vedea tatăl. Dacă aș plănui să merg la spital să-l vizitez în ziua respectivă, nu mi-aș face griji că nu voi dormi bine sau că voi avea idei suicidare în seara aceea, după ce mă întorc acasă de la spital.

Y.D.: Ce ai face, în loc să îți faci griji?

C: Cum am spus mai devreme, m-aș simți calmă, m-aș concentra asupra momentului și aș ști că acea senzație de calm va continua și cînd îmi voi vedea tatăl și chiar și după ce voi ajunge acasă. Desigur, (*rîde cu cinism*) e mult mai ușor de zis decît de făcut.

Y.D.: Desigur. Să presupunem, minunea minunilor, că într-adevăr ai avea acel sentiment de calm cînd ai merge să-ți vizitezi tatăl. Ce îți imaginezi că ar observa diferit la tine?

C: Mai întîi, aș veni mai devreme ca de obicei. De obicei, aștept pînă la ultima oră de vizită, fiindcă mă tem să nu ajung să petrec prea mult timp cu el, ca apoi să mă simt foarte supărată și să am impresia că-mi pierd controlul.

Y.D.: Așadar ai ajunge mai devreme, asta ar fi un detaliu. Ce altceva ai face altfel, iar tatăl tău ar observa?

C: Ei bine, nu știu dacă ar observa, e destul de sedat cu medicamente analgezice în perioada asta, dar un alt lucru diferit ar fi că nu mi-ar fi teamă să-l privesc în ochi. De obicei, încerc să evit să-l privesc. Mă tem că va vedea cît sînt de vulnerabilă în preajma lui și că va folosi asta cumva contra mea.

Y.D.: Deci spui că l-ai privi direct în ochi?

C: Da, dar îmi este greu să-mi imaginez că într-adevăr aș fi în stare să fac asta.

Y.D.: Aici intervine miracolul. Să presupunem că-l privești în ochi. Ce presupui că s-ar întîmpla apoi și ar fi diferit, arătîndu-ți că miracolul a avut într-adevăr loc?

C: Presupun că m-ar privi la rîndul lui și poate că eu l-aș vedea altfel, poate că s-ar schimba ceva în privința modului în care îl văd. Desigur, poate că el nu m-ar privi la rîndul lui. Poate că ar avea ochii închiși sau s-ar uita în altă parte. E greu de spus.

Y.D.: Așa e. Adesea e imposibil să anticipăm cu precizie ce va face cealaltă persoană. De obicei, este mai ușor să ne anticipăm comportamentul propriu. Ți se pare că asta este adevărat în ceea ce te privește?

C: Da, de obicei.

Y.D.: Așadar, după ce îl privești în ochi, iar el fie te privește la rîndul său, fie nu, ce s-ar întîmpla apoi și ți-ar permite să știi că de data asta este altfel, că minunea chiar a avut loc?

C: Ei bine, după ce l-aș privi, presupun – sper – că măcar l-aș vedea așa cum este într-adevăr acum, acest bătrîn bolnav, conectat la multe tuburi și monitoare, care zace singur pe un pat de spital, nu ca pe acel uriaș puternic și periculos pe care mi-l amintesc din copilărie.

Y.D.: Să presupunem deci că l-ai privi direct și că ai putea să-l vezi ca fiind altfel decît acel „uriaș” puternic pe care îl ții minte din copilărie; în schimb, l-ai putea percepe așa cum este acum, un bătrîn bolnav conectat la multe tuburi. Ce presupui că s-ar întîmpla apoi?

C: Nu mi-ar fi teamă de el.

Y.D.: Ce ai face, în loc să-ți fie teamă?

C: L-aș întreba despre necesitățile lui acolo, în camera aceea, dacă e bine tratat și dacă are nevoie de ceva.

Y.D.: Să presupunem că într-adevăr l-ai întreba asta. Cum presupui că ar reacționa?

C: Probabil mi-ar spune dacă are nevoie de ceva și, dacă ar avea nevoie, de exemplu, de hîrtie de scris, dacă ar vrea să bea apă sau să le rog pe asistente să facă ceva, aș face ce mi-ar cere.

Y.D.: Să presupunem că ți-ar spune că are nevoie să-i aduci ceva sau să le ceri asistentelor să facă ceva,

iar tu i-ai îndeplini cererea; cum crezi că ar reacționa?

C: Presupun că i-ar plăcea că am făcut asta pentru el. Poate că ar aprecia, poate că nu. Dar, în general, cred că ar reacționa pozitiv.

Y.D.: Să presupunem că ceva anume din înfățișarea lui sau din reacția lui ți-ar da de înțeles că îi place că ai făcut asta pentru el; cum îți imaginezi că ai reacționa?

C: M-aș simți ușurată. Aș ști că m-am comportat decent de data asta, deși mi-a stat ca un ghimpe în coastă întreaga viață și încă mai am multe resentimente legate de ceea ce a făcut în trecut. Dar lucrurile acelea nu pot fi șterse.

Y.D.: Lucrurile acelea nu pot fi șterse. Să presupunem că ai cere ceva în numele lui sau ai obține ceva de care el are nevoie, iar el ar părea mulțumit, iar tu ai simți că te-ai comportat „decent”, cum zici; ce efect crezi că ar avea toate acestea asupra ta?

C: Presupun sau cel puțin mi-ar plăcea să cred că, după asta, aș pleca și aș ajunge acasă și n-aș fi supărată și n-aș avea flashbackuri și probleme cu somnul și tot restul. Problema este că sînt șanse mari să mă critice ca de obicei, dacă mai are energie.

Y.D.: Corect, fiindcă acesta este miracolul tău, nu al lui. Să presupunem așadar că ar spune ceva răutăcios sau critic, cum a mai făcut-o de atîtea ori înainte, dar de data asta tu ai trăit deja miracolul. Cum presupui

că ai ști în acel moment că într-adevăr a survenit un miracol, că ceva este diferit, este mai bine?

C: Nu m-aș simți copleșită cînd ar face asta. Ar putea spune ceva răutăcios și tăios, în felul lui sarcastic și, deși probabil tot nu mi-ar plăcea, aș ști că ceea ce spune sau pare să creadă despre mine nu este singura realitate. E doar realitatea lui, nu adevărul, nu mă reprezintă cu adevărat.

Y.D.: Ce s-ar întîmpla în schimb?

C: Presupunînd că miracolul s-a întîmplat cu adevărat?

Y.D.: Da, presupunînd că miracolul s-a întîmplat și că tu ai reușit cumva, cum ai spus mai devreme, să parcurgi această perioadă care a mai rămas în viața ta într-un mod care să-ți permită să te simți împăcată ulterior.

C: Să mă simt împăcată ulterior, asta va fi greu.

Y.D.: Da, pare să fie o componentă importantă a miracolului. Așadar, ce ai observa că ar fi diferit după miracol, sub aspectul reacțiilor tale la criticile lui, presupunînd că te-ar critica?

C: Dacă e capabil să vorbească, aproape sigur mă va critica. Mereu o face.

Y.D.: Presupunînd asta și faptul că miracolul a avut loc, ce crezi că ai observa diferit la reacția ta la critica lui?

C: Aș simți că orice spune reprezintă pur și simplu opinia lui, nu neapărat adevărul de la Dumnezeu.

Y.D.: Și cum s-ar întrevedea asta în comportamentul tău, după ce el te-ar critica?

C: N-aș mușca momeala. Nu aș încerca să mă apăr, să mă explic sau să-l determin să înceteze să mă mai critice.

Y.D.: Ce ai face în loc să-i explici sau să-l determini să înceteze?

C: Aș fi calmă, atîta tot, probabil aș tăcea. Poate aș alege să plec în momentul acela, dar nu mînioasă. Mai întîi mi-aș lua la revedere. Doamne, asta mi-e greu să-mi imaginez! Mă refer la a fi calmă. Să tac, da, dar mi-e greu să-mi imaginez că aș fi calmă.

Y.D.: Desigur, asta ar fi partea care într-adevăr ar fi miraculoasă. Așadar, dacă ai fi calmă și ai tăcea, cum presupui că ar reacționa tatăl tău?

C: Habar n-am. Nu-mi amintesc să fi fost vreodată așa cînd eram cu el. Întotdeauna mă enervează atît de tare încît fie mă simt foarte jignită și tac, fie îl contrazic și în ambele cazuri mă simt groaznic după aceea.

Y.D.: Prin urmare, prin acest miracol, ai reacționa cu calm și poate ai fi mai tăcută ca de obicei și ai putea alege să pleci, după ce îți iei la revedere, dacă te critică?

C: Da.

Y.D.: Presupunînd că ai face exact asta dacă te-ar critica și ai face și celelalte lucruri despre care ați vorbit pînă acum în cadrul acestui miracol; ce crezi că s-ar întîmpla apoi?

C: Ei bine, cred că m-aș duce acasă și sper că n-aș avea dificultăți cu somnul, nu m-aș simți agitată și

foarte deprimată și nu aș avea celelalte reacții pe care nu mi le doresc.

Y.D.: Cum acesta este un miracol, să presupunem că mergi acasă după aceea și nu ai acele reacții pe care obișnuiai să le ai după ce-l vedeai. Ce presupui că ai face în loc să ai reacțiile acelea? Cum ți-ai petrece timpul imediat după ce l-ai vizitat?

C: M-aș duce acasă, aș mînca ceva, poate m-aș uita la televizor un timp, dar n-aș fi prea atentă la ceea ce văd, aș retrăi mental experiența de a-l vedea.

Y.D.: Ce ai face în loc de asta, dacă miracolul a avut loc? Cum ai ști că miracolul s-a întîmplat, cînd ajungi acasă, după ce l-ai vizitat?

C: Aș face lucruri obișnuite, cotidiene, m-aș uita la emisiunile mele preferate de televiziune, mi-aș face ceva de mîncare, mi-aș spăla hainele, ca să am ce purta la serviciu a doua zi dimineața, poate aș suna o prietenă ca să plănuiesc ce voi face în weekend; lucruri normale.

Y.D.: Care ar fi diferența dacă ai face aceste lucruri obișnuite, normale, imediat după ce ți-ai vizitat tatăl?

C: Ar fi foarte diferit de ceea ce mi se întîmplă de obicei. De obicei, vin acasă și pur și simplu mă prăbușesc pe pat, fără să mănînc. Nu pot dormi și mă simt îngrozitor, mă tot gîndesc la toate experiențele neplăcute pe care le-am avut cu el în trecut și la experiența neplăcută pe care tocmai am avut-o cu el.

Y.D.: Prin urmare, dacă se întîmplă miracolul, ai veni acasă și ți-ai pregăti ceva de mîncare, te-ai uita la emisiunile de televiziune preferate, cum faci de obicei

în celelalte seri, ți-ai pregăti hainele pe care să le porți a doua zi la serviciu și poate ai suna o prietenă să faceți planuri pentru weekend?

C: Da.

Y.D.: Care crezi că ar fi diferența dacă te întorci acasă după ce îl vezi și faci într-adevăr lucrurile acelea?

C: M-aș simți mai bine, fiindcă aș ști că eu dețin controlul asupra vieții mele, nu el, că mă comport ca un adult, nu ca un copilaș neajutorat, ca atunci cînd mă lovea și țipa la mine și mă critica. Și cred că, dacă ar muri în acel moment, aș simți că nu am ajuns să am acel comportament pe care m-a învățat să-l am prin modul în care s-a comportat cu mine. Aș fi petrecut timp cu el, m-aș fi purtat frumos cu el, dar nu m-aș fi distrus pe mine însămi făcînd asta.

Y.D.: Ce ai fi făcut în loc să cedezi și să te comporți la fel ca el?

C: Aș fi cu adevărat eu însămi.

Y.D.: Care ar fi diferența?

C: M-aș simți împăcată.

Y.D.: Ar fi așa cum spuneai astăzi mai devreme, ai sfîrși altfel relația ta cu tatăl?

C: Da, exact așa s-ar întîmpla.

Y.D.: Așadar, dacă decizi să pretinzi că acest miracol s-a întîmplat într-adevăr și dacă acționezi exact cum ai descris, cît de încrezătoare ești că ai putea face asta cînd pleci astăzi de aici?

C: Cred că aș putea face unele lucruri, dar în privința altora nu sînt atît de sigură.

Y.D.: Pe care din lucruri crezi că le-ai putea face?

C: Aș putea merge mai devreme să-l văd și poate l-aș putea privi în ochi, dar să rămîn calmă, asta e marea încercare. Nu țin minte să mă fi simțit vreodată calmă în preajma lui. Iar cînd nu sînt calmă încep să-mi dau drumul la gură și reacționez la criticile lui, apoi ne certăm și eu plec vijelios, iar după aceea am impresia că el a cîștigat din nou. M-a făcut să mă comport astfel, în loc să mă port cum voiam eu de fapt, în loc să am comportamentul pe care îl apreciez, așa cum mă port cu ceilalți oameni din viața mea.

Y.D.: Deci calmul este partea importantă.

C: Da, este probabil partea cea mai importantă și este lucrul cel mai dificil de făcut. Mi-e foarte teamă că voi eșua și că după aceea voi fi foarte deprimată. E greu să-ți păstrezi calmul cînd nu te simți așa.

Y.D.: Povestește-mi despre o perioadă cînd te simțeai mult mai calmă decît te simți de obicei în preajma tatălui.

C: Aproape mereu mă simt mai calmă decît atunci cînd sînt alături de tata.

Utilizarea unei resurse existente

Utilizarea ericksoniană este procesul integrării unei porțiuni din experiențele existente, percepțiile și/sau

comportamentele actuale ale clientului în procesul schimbării terapeutice (Dolan, 1985). Capacitatea lui Liz de a se simți mai calmă „oricînd” nu era alături de tatăl ei era o resursă experiențială existentă care putea fi utilizată în scopul facilitării accesării sentimentelor de calm cînd era în prezența lui. Am realizat acest lucru după cum urmează:

> Y.D.: Spune-mi despre o experiență cotidiană în care te simți relativ calmă, poate nu cea mai calmă și cu siguranță nu foarte puțin calmă, ci undeva pe la mijloc, sau poate chiar mai sus de mijloc, spre limita de sus a stării de calm.
>
> C: O experiență cotidiană. Ar trebui să fie una din viața de adult, fiindcă în copilărie nu eram foarte calmă, eram mereu prevăzătoare, mă temeam de tata, mă temeam că le va face rău mamei sau fraților mei, că va fi foarte rău cu ei sau că le va spune că nu au voie să facă ceva ce era foarte important pentru ei. Întotdeauna rîdea de noi pentru că ne plăceau anumite lucruri. Vorbea de rău tot ce ne plăcea, ca să ne simțim niște ratați, de parcă eram proști fiindcă ne plăcea acel lucru.
>
> Y.D.: Deci situația asta ar fi destul de diferită de acel tip de experiență. Ar putea fi unul dintre acele momente din viața de adult cînd te simți relativ calmă… poate fi un moment banal, unul dintre acele momente obișnuite pe care le considerai de la sine înțelese cînd se întîmplau.
>
> C: Primul care îmi vine în minte este momentul cînd mă întorc acasă de la serviciu, intru în

apartament și încui ușa după mine. Încă îmi amintesc cum am intrat prima oară acolo, după ce am semnat contractul. Țin minte că mi-am spus: „Acesta este locul meu. Eu voi face regulile aici. Nimeni nu vine aici dacă nu-i dau eu voie”.

Y.D.: Da, locul tău.

C: Nu are nimic special, dar e doar al meu, îmi place mult.

Y.D.: Este doar al tău și îți place mult. Într-un fel, poate că faptul că iubim un loc îl face să fie special. (*Clienta încuviințează*) Mă întreb unde anume în apartamentul tău te simți cel mai calmă?

C: Ar fi frumos dacă m-aș simți așa în pat, dar am avut atîtea coșmaruri acolo încît nu prea e locul în care mă simt cel mai calmă. Probabil că locul în care mă simt cel mai calmă este canapeaua pe care șed sau mă întind. Mă afund în perne. Sînt moi, simt cumva că mă îmbrățișează canapeaua.

Y.D.: Așadar, dacă îți imaginezi că stai pe canapeaua aceea, cum te simți mai bine, și îți imaginezi acel sentiment familiar, confortabil de a te cufunda în perne, mă întreb ce altceva mai conștientizezi din experiența respectivă, pe măsură ce te cuprinde acel sentiment familiar, confortabil de a te cufunda în perne…

C: (*Vorbește lent, ca în vis*) Observ culoarea mov a pernei pe care îmi reazem brațul. Are un model cu flori și frunze și o pasăre, cred că pasărea este un păun, dar are culori diferite de cele ale unui păun adevărat.

Y.D.: Te invit să observi cum acel sentiment calm continuă să evolueze, poate chiar se aprofundează puțin, în timp ce te gîndești la flori și frunze și la păunul diferit de un păun adevărat. Mă întreb ce alte lucruri frumoase mai observi, în timp ce sentimentul de calm continuă...

C: Îi aud pe oamenii din apartamentul de deasupra. Mă gîndesc că probabil gătesc cina. Au un bebeluș simpatic. Îmi place să-i știu acolo. Sînt vecini buni. Ar coborî dacă s-ar întîmpla ceva rău, dacă aș avea nevoie de ei. Deși bebelușul plînge uneori și îl aud, nu mă deranjează, fiindcă știu că sînt o familie obișnuită, o familie de oameni amabili unul cu celălalt. Își îngrijesc bine bebelușul.

Y.D.: Deci acele sunete înseamnă că se îngrijesc unii de alții.

C: Da, sînt sunete bune.

Y.D.: Mai observi ceva frumos în timp ce simți acel sentiment plăcut de calm, ceva ce poate chiar l-ar accentua?

C: Pur și simplu sentimentul că stau acolo, pe canapea, cu spatele sprijinit, simțind textura pernelor pe piele. Pînza e destul de moale. Husele sînt lavabile și tocmai le-am spălat din nou săptămîna trecută, miros foarte bine și conferă senzația aceea de pînză care a fost în uscător alături de un șervețel îmbibat cu balsam de rufe. Nu am avut dintr-acelea cînd eram mică. Nu cred că se inventaseră încă.

Y.D.: Deci calmul are un miros plăcut și se simte altfel decît în copilărie?

C: Da, și miroase ca la mine acasă, nu ca la oricine, ci doar ca la mine acasă.

Y.D.: Și asta e bine, te liniștește.

C: Da.

Crearea unui semnal asociativ

Un semnal asociativ este un cuvînt, un sunet sau o senzație care generează un răspuns inconștient (Dolan, 1985, 1991, 1998). Semnalele asociative pot fi create pentru a spori capacitatea ulterioară a unui client de a utiliza resurse identificate anterior, cum ar fi sentimentul de calm al lui Liz, în afara ședinței de terapie, în momente în care pot fi necesare. Ca să o ajut pe Liz să creeze un semnal asociativ, am procedat astfel:

Y.D.: Mă gîndesc că acest sentiment de calm pe care îl ai pe canapea este foarte bun și este un lucru important de ținut minte, chiar de învățat pe de rost, ca să nu-l uiți niciodată.

C: Nu l-aș putea uita niciodată. Este prea important.

Y.D.: Așa e. Ai absolută dreptate. Nu-l vei uita.

C: Niciodată.

Y.D.: Și mă întreb, deși nu-l vei uita, dacă nu ar fi frumos să ai o modalitate specială prin care să ți-l amintești în momentele în care ar fi cu adevărat

important să te reconectezi la sentimentele plăcute pe care le ai cînd stai pe canapeaua aceea.

C: Mi-ar plăcea asta, dar nu știu cum să fac.

Y.D.: E diferit pentru fiecare. Unora le place să-și amintească prin intermediul unui cuvînt frumos, care le amintește cumva de experiență, cum ar fi experiența ta calmă. Altora le place uneori să memoreze detalii despre poziția corpului lor cînd au acea experiență plăcută, ca să-și poată relua poziția respectivă și să o retrăiască astfel în minte. Alții procedează diferit. Am cunoscut odată o fetiță care avea la ea o cutiuță cu praf de scorțișoară. Se simțea cîteodată anxioasă la școală și pentru ea era plăcut să-și aducă aminte că, mai devreme sau mai tîrziu, orele se vor termina, iar ea va merge acasă, mama sau babysitterul o vor aștepta și va primi fursecurile ei preferate, cu miros de scorțișoară. Aveau un nume comic. Cred că se chemau Snickerdoodles. (*Clienta rîde de denumire*) Mă întreb ce ai folosi tu ca să-ți amintești sentimentul de calm de pe canapeaua mov-închis cu flori, frunze și cu păunul diferit de un păun real…

C: Îmi tot vin în minte cuvintele „perne cu balsam de rufe”.

Y.D.: Vreau să te invit să încerci asta mental. Vreau să te invit chiar acum să te gîndești la acele perne cu balsam de rufe și să observi sentimentul de bine care te cuprinde totodată…

C: (*Zîmbește*) E un sentiment plăcut.

Y.D.: Să presupunem că, atunci cînd mergi să-ți vezi tatăl, îți dai seama că poți lua cu tine acel sentiment de „perne cu balsam de rufe”. Ce diferență ai observa, dacă ai face asta?

C: Ar fi mult mai bine. Mă îndoiesc că aș putea fi perfect calmă, dar aș fi mult mai calmă.

Y.D.: Mă întreb ce altceva ar fi diferit.

C: E interesant, fiindcă mirosul de balsam de rufe nu exista atunci cînd locuiam cu părinții. E altceva. Ține de viața mea de adult.

Y.D.: E un detaliu din viața ta de adult care îți amintește poate că acum ești adultă, că îți trăiești viața proprie de adult?

C: Da, asta e important.

Y.D.: Mă întreb care ar fi cea mai bună cale de a te asigura că îți poți aminti acest sentiment cînd ai nevoie să ți-l amintești, această experiență frumoasă de adult a pernelor cu balsam de rufe.

C: Lucrul evident care îmi vine în minte este un șervețel îmbibat cu balsam de rufe, care se pune în uscător. Au doar zece centimetri pătrați.

Y.D.: Ai folosi una nouă sau una care a fost deja în uscător?

C: Una deja folosită, clar. Ar fi mai moale, ar semăna mai mult cu pernele de pe canapea.

Y.D.: Propriile tale perne din locuința ta de adult, îmbibate cu mirosul de balsam de rufe?

C: Exact.

Scalarea încrederii clientului în soluție

Metoda scalării centrate pe soluții este procesul prin care clientul învață să evalueze comportamentele potențiale conform nivelului lor de utilitate individuală sau combinată, în vederea atingerii unui scop deja identificat (Berg, 1990; De Shazer, 1991). Pentru a spori capacitatea lui Liz de a avea succes în interacțiunea cu tatăl ei, în modul pe care îl valoriza, i-am prezentat metoda scalării, ca să-și evalueze nivelul de încredere și să-l amplifice atît cît considera necesar. Am procedat după cum urmează.

Y.D.: Dacă ar fi să-ți imaginezi că, pe o scară mică, 10 înseamnă că ai completă încredere în faptul că vei putea pretinde că miracolul a avut loc și te vei purta în consecință și îți vei aminti de experiența cu pernele de balsam de rufe data viitoare cînd îți vei vedea tatăl, indiferent ce face, iar 0 înseamnă că nu poți imagina măcar miracolul, că încă nu te-ai gîndit la el, nicidecum să-l descrii, și că nu ai avut niciodată senzația pe care ți-o inspiră pernele cu balsam de rufe, la ce număr crezi că te situezi acum, sub aspectul încrederii?

C: 8 și jumătate.

Y.D.: Consideri că e un nivel suficient de ridicat încît să te simți confortabil la gîndul că îți vei vizita tatăl sau trebuie să fie mai ridicat?

C: Aș vrea să fie puțin mai mare, dar e suficient de mare încît să știu că pot face față. Nu mă simt prea

mîndră, nu sînt excesiv de încrezătoare, dar mă simt bine.

Y.D.: Sînt curioasă ce ar determina nivelul să crească.

C: Singurul lucru care ar face nivelul să crească ar fi să am într-adevăr comportamentul asociat cu „să ne prefacem că miracolul a avut loc” în viața reală.

Y.D.: Așadar ce ar trebui să se întîmple? La modul realist, ce trebuie să faci ca să știi că mergi în direcția respectivă?

C: Mă voi duce acasă, voi lua șervețelul îmbibat cu balsam de rufe și voi sta o vreme pe canapea diseară, la fel și mîine după-amiază, înainte să merg să-l văd pe tata. Îmi voi pune șervețelul îmbibat cu balsam de rufe în buzunar, ca să o pot atinge în timp ce vorbesc cu tata și pentru ca, atunci cînd îmi ridic mîna spre față, să simt mirosul acela bun.

Y.D.: Așadar poți lua cu tine sentimentul inspirat de pernele cu balsam de rufe... îl poți scoate, îl poți mirosi și simți oricînd ai nevoie, oriunde îți dorești, îl poți retrăi cu certitudine ori de cîte ori ai nevoie de el?

C: Da.

Y.D.: Cît de încrezătoare ești că poți lua un șervețel îmbibat cu balsam de rufe și poți face exact cum ai spus?

C: Sînt sigură că pot. Voi face asta cînd ajung acasă, diseară. E puțin înfricoșător, dar chiar voi încerca să mă comport de parcă ar fi avut loc un miracol, cînd mă voi duce mîine să-l văd pe tata. Va trebui să mă

concentrez intens, dar voi încerca și cred că, dacă mă voi strădui mult, voi reuși, cel puțin parțial.

În acest moment ședința s-a încheiat.

Ulterior, Liz a povestit că experimentase cu ideea de a se preface că miracolul avusese loc și se comportase în consecință, cît mai mult posibil, în timpul vizitelor făcute tatălui ei și că asta o ajutase. Este de înțeles că unele vizite au fost mai ușoare, iar altele mai dificile, dar faptul că s-a prefăcut că miracolul avusese loc a ajutat-o să se concentreze altfel și a făcut vizitele mai puțin copleșitoare.

Purta în buzunar un șervețel îmbibat cu balsam de rufe, în timpul tuturor vizitelor la tatăl ei, și a spus că, pe lîngă faptul că asta o ajuta să-și amintească cum era să se simtă calmă, o ajutase și să-și aducă aminte că acum era adult, că tatăl ei nu o mai controla și că nu mai era neajutorată în fața reacțiilor lui critice nerezonabile și adesea inadecvate.

Deși încă mai considera epuizante vizitele la tatăl ei muribund, Liz nu mai avea nopți de insomnie, anxietate prelungită și gînduri incontrolabile și se simțea ușurată că reușise să se comporte decent cu tatăl ei, cu demnitatea și respectul cu care și-ar fi dorit să fie ea tratată dacă rolurile ar fi fost inversate. Astfel, Liz a reușit să creeze un nou final pentru relația lor, deși unul oarecum dulce-amar, fiindcă știa că nu va avea niciodată tatăl pe care și-l dorise și de care avusese nevoie cînd era mică. Totuși, cel mai important era că, așa cum a observat Liz ulterior, putea „fi împăcată” cu modul în care reacționase față de tatăl ei la ultimele lor întîlniri.

Analiză

Imaginarea miracolului i-a oferit lui Liz un scenariu mental mai degrabă pentru modul în care voia să se comporte în prezența tatălui decît pentru ceea ce voia să evite. După ce a identificat diferențele și comportamentele asociate cu miracolul pe care și le dorea, Liz a reușit să decidă să pună unele în practică în viața reală. Șervețelul îmbibat cu balsam de rufe a funcționat drept semnal asociativ care să o ajute pe Liz să se reconecteze la amintirea vie și recentă a experienței ei de adult familiare, concrete, cotidiene de a se relaxa pe canapea. Împreună, aceste metode au ajutat-o să adauge o dimensiune diferită experienței ei de a fi alături de tatăl ei la spital.

Trei principii fundamentale pentru combinarea terapiei ericksoniene cu cea centrată pe soluții cu scopul de a ajuta copii deveniți adulți, precum Liz, care suferă de stres posttraumatic ca urmare a interacțiunilor cu părinți abuzivi în trecut sau în prezent pot fi rezumate astfel:

1. Prezentați întrebarea-miracol pentru a ajuta clientul să identifice cu precizie ce anume își dorește să se întîmple, în loc de problemă.
2. Amplificați șansele de succes ale clientului în afara cabinetului terapeutic folosind o experiență familiară, prin urmare incontestabilă, din viața cotidiană recentă, drept semnal asociativ pe care clientul îl poate folosi ulterior singur, ca modalitate de a face apel la resurse inconștiente în momentul și în locul în care sînt necesare.

3. Prezentați întrebări referitoare la scalarea centrată pe soluții pentru a evalua (și, dacă este necesar, pentru a spori) încrederea și nivelul de confort al clientului.

Bibliografie

Berg, I.K. (1990). *A solution-focused, approach to family based services.* Milwaukee, WI: Brief Family Therapy Center Publications.

Berg, I.K., Miller, S.D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach.* New York: Norton.

Berg, I.K., De Shazer, S. (1993). Making numbers talk: Language in therapy. În S. Friedman (ed.), *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy.* New York: Guilford.

De Jong, P., Berg, I.K. (1996). *How to interview for client strengths and solutions.* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishers.

De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-222.

De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy.* New York: Norton.

De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief family therapy.* New York: Norton.

De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work.* New York: Norton.

De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic.* New York: Norton.

Dolan, Y.M. (1985). *A path with a heart: Ericksonian utilization with resistant and chronic clients.* New York: Brunner/Mazel.

Dolan, Y.M. (1991). *Resolving sexual abuse: Solution-focused therapy and Ericksonian hypnosis for adult survivors.* New York: Norton.

Dolan, Y.M. (1994a). An Ericksonian perspective on the treatment of sexual abuse. În J.K. Zeig (ed.), *Ericksonian methods: The essence of the story* (pp. 395-414). New York: Guilford.

Dolan, Y.M. (1994b). Solution-focused therapy with a case of severe abuse. În M.F. Hoyt (ed.), *Constructive Therapies*, vol. I (pp. 276-294). New York: Guilford.

Dolan, Y.M. (1998). *One small step: Moving beyond trauma and therapy to a life of joy.* Watsonville, CA: Papier-Mache Press.

Erickson, M.H. (1959/1980). Further techniques of hypnosis – utilization techniques. *American journal of Clinical Hypnosis*, 1(3-8). În E.L. Rossi (ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson*, vol. I. New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1979). *Hynotherapy.* New York: Irvington.

Erickson, M.H., Rossi, E.L. (1989). *The February man.* New York: Brunner/ Mazel.

Erickson, M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic realities.* New York: Irvington.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances: The cooperation principle in Ericksonian hypnotherapy.* New York: Brunner/Mazel.

Miller, G. (1997). *Becoming miracle workers: Language and meaning in brief therapy*. Hawthorne, NY: Aldine de

Gruyter.
O'Hanlon, B., Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions.* New York: Norton.

Capitolul 34

Ludoterapia ericksoniană: spiritul vindecării la copii și adolescenți

Joyce C. Mills

Joaca e limbajul copiilor, iar *povestea* este limbajul jocului. Ținînd cont de această afirmație, capitolul are drept subiect ludoterapia ericksoniană, o formă de psihoterapie pentru copii a cărei formulare mi-a luat aproape două decenii. A stat la baza redactării aplicației pentru o bursă pentru a ajuta copiii și familiile din zona vestică îndepărtată a insulei Kauai din Hawaii, după uraganul Iniki din 1992[1], fiind apoi prezentat la Al Șaselea Congres Internațional pe tema Abordărilor Ericksoniene ale Hipnozei și Psihoterapiei (1992, 1994). De atunci, ludoterapia ericksoniană a fost utilizată ca metodă de tratament pentru diverse tulburări la copii și în cadrul unor diverse filosofii terapeutice (Marvasti, 1977).

Ludoterapia, în sine, nu este nouă. Originile sale pot fi identificate în comunitățile tribale în care bătrînii foloseau bețe, pietre, cochilii, nisip, argilă, măști și păpuși lucrate artizanal pentru a da lecții de viață importante, iar copiii erau

încurajați să pună în scenă diferite aspecte ale vieții. În prezent, ludoterapia a ajuns să includă numeroase filosofii și metode. Pentru o prezentare istorică și teoretică amplă, vedeți Landreth, 1991; O'Connor și Schaefer, 1994; Oaklander, 1988; O'Connor și Braverman, 1997; Barnes, 1996; Norton și Norton, 1997.

Punînd accent pe diversitatea culturală, pe abilitățile naturale de vindecare și pe soluțiile creative, ludoterapia ericksoniană este un tratament care le poate oferi copiilor și familiilor care au suferit abuzuri, necazuri și traume *treptele terapeutice* pentru a redescoperi bucuria, puterea și inspirația de a se ridica deasupra acestora.

O poveste care include cel mai sugestiv filosofia de bază inerentă în ludoterapia ericksoniană are drept fundament metaforic o poveste orală hawaiiană străveche (Lee și Willis, 1990). O includ aici deoarece am auzit-o spusă de multe ori, după ce am citit prima dată în public acest studiu.

> Fiecare copil se naște cu un Bol de Lumină perfect. Avînd acest Bol de Lumină, copilul poate înota alături de pești, poate călări rechini, poate zbura cu păsările și poate ști toate lucrurile. Dar, din cînd în cînd, pe măsură ce copilul crește, în viața lui apar elementele negative. Aceste elemente negative pot fi jigniri, durere, gelozii și mînie. Acele jigniri și mînii pot deveni asemenea unor pietre și pot cădea în bol. Apoi, în scurt timp, copilul devine ca piatra, nu poate evolua. Este însă minunat că toți copiii trebuie doar să învețe să întoarcă bolul cu fundul în sus și să-l golească de pietre, fiindcă lumina este mereu acolo.

În acord cu metamesajul acestei povești și cu convingerea lui Erickson (1958/1980) conform căreia „copiii au o nevoie impulsivă de a învăța și de a descoperi și orice stimul constituie pentru ei o posibilă șansă de a reacționa într-un mod nou”, un specialist în ludoterapie ericksoniană are misiunea de a se axa pe lumina înnăscută și de a ajuta copilul să golească pietrele simbolice care îi blochează lumina. Accentul se mută apoi de la a fi considerat pur și simplu un „supraviețuitor” al traumelor din trecut la a fi un membru „prosper” al societății, amintindu-ne că „cicatricile sînt urmele locurilor pe unde am fost, nu indică unde vom merge”.

Mai precis, în ludoterapia ericksoniană, este esențial ca terapeuții să recunoască și să aprecieze abilitățile înnăscute și unice ale fiecărui copil, să ajute copilul să-și identifice dificultățile sau obstacolele și să ofere abordări care îl pot ajuta să învețe să-și „golească bolul de pietre”, facilitînd astfel vindecarea de trauma provenită dintr-o diversitate de surse – abuz, dezastre naturale sau cauzate de oameni, divorț, boală, moarte, violență.

O minte jucăușă: trecerea de la o realitate la alta

Menținerea unei minți jucăușe este esențială în lucrul cu copiii. Trebuie să poți vedea solnițele drept nave spațiale sau cochiliile drept povestitori. Deși nu s-a remarcat profesional ca terapeut ludic ori pentru lucrul cu copiii în mod deosebit,

psihiatrul Milton E. Erickson era maestru la integrarea atît a jocului, cît și a poveștilor în activitatea sa hipnoterapeutică și psihoterapeutică. Studenții care au lucrat direct cu el descriu numeroasele găselnițe hazlii la care apela pentru a-i ajuta să-și schimbe modurile fixe de a percepe situațiile, astfel încît acestea să devină căi mai permisive de explorare a posibilităților și de descoperire. Un astfel de incident este descris de Carl Hammerschlag (1988). În timpul unei vizite, Erickson a cules o bucată mare de minereu de turcoaz. Apoi s-a uitat la Hammerschlag și i-a aruncat piatra direct spre zona inghinală. Hammerschlag spune (pp. 52-53) că, înainte să reacționeze, „piatra" l-a atins și și-a dat seama că nu era o piatră, ci o bucată de spumă de cauciuc. Erickson i-a comunicat mesajul: „Nu tot ce vezi e ceea ce ți se pare a fi. Este doar așa cum vezi în momentul respectiv".

Ținînd cont de filosofia acestui mesaj important, principiile terapiei ludice ericksoniene (1) mută accentul de pe diagnosticul pacientului, vizînd mai ales unicitatea fiecărui pacient și (2) subliniază importanța rămînerii în momentul prezent, astfel încît semnalele minime să poată fi observate și utilizate. În privința rămînerii în prezent, fără a ne baza pe eticheta diagnostică a pacienților, Gilligan a propus sintagma „decontextualizare experiențială", afirmînd:

> Erickson a subliniat în mod repetat următoarele: comunicarea terapeutică nu ar trebui să se bazeze nici pe generalizări teoretice, nici pe probabilități statistice, ci pe tipare propriu-zise care diferențiază modalitățile de autoexprimare actuale ale clientului (de exemplu, convingeri, comportament, motivație, simptome). Aceasta

> este o propunere cu adevărat radicală, deoarece îi cere terapeutului să înceapă fiecare terapie într-o stare de ignoranță experiențială. Se presupune că modalitățile expresive ale clientului sînt modele individualizate ale „realității” și că terapia se bazează pe acceptarea și utilizarea acelor modele. În acest scop, terapeuții trebuie să-și dezvolte o stare receptivă de *decontextualizare experiențială* prin care renunță la modele și devin „elevi”, învățînd noua „realitate” (adică pe cea a clientului) (1987, p. 14).

Această stare receptivă de decontextualizare experiențială a fost evidențiată cel mai bine de copiii doctorului Erickson în timpul unei discuții de grup, „Cum a încurajat Milton H. Erickson individualitatea copiilor săi” (1988). Unul dintre cei opt copii ai lui Erickson, Lance, a povestit despre o perioadă din viața sa cînd era foarte „îngrijorat și preocupat” de umflăturile proeminente de pe fruntea lui. Lance povestește cum tatăl său i-a explicat „ce minunat era că aveam acele umflături, aceste *gîlme ale cunoașterii* (sublinierea noastră) pe care nimeni altcineva din familie nu și le dezvoltase atît de bine. Acestea nu numai că aveau să-mi prindă foarte bine, dar cîndva urma să cunosc o fată care le va considera fermecătoare, o înzestrare fizică superbă, iar ele o vor face să mă îndrăgească. Nu sînt sigur că s-a întîmplat chiar așa, dar afirmațiile lui m-au ajutat să accept o parte din mine pe care aș fi putut să o resping”.

Povestea lui Lance dezvăluie aprecierea profundă a lui Erickson pentru capacitatea de a modifica percepțiile și de a învăța o realitate „nouă”. El nu a ignorat umflăturile, nici nu a

falsificat problema, în schimb a *modificat* descrierea, numindu-le „gîlme ale cunoașterii”. Am putea considera această modificare a percepției o tehnică de soluționare rapidă, inteligentă, manipulativă, însă, în felul acesta, am limita înțelepciunea profundă astfel comunicată. Erickson nu a spus niciodată că Lance trebuia să vadă altfel umflăturile. El doar i-a prezentat o șansă de a-și extinde experiența. A depins de inconștientul lui Lance să accepte sau să respingă posibilitățile. În această situație vedem cum simptomele sînt transformate în posibile soluții.

A le oferi copiilor și adolescenților oportunități de a-și extinde conștientizarea este esențial pentru procesul lor de vindecare. Cazul următor ilustrează această idee la o fetiță de cinci ani căreia i s-a recomandat terapia fiindcă manifesta temeri de separare și avea crize violente de furie ori de cîte ori oricare dintre părinți încerca să o lase în sala de clasă, aceste crize împiedicînd-o în cele din urmă să meargă la grădiniță.

Povești cu scoici

Katie, o fetiță șatenă, a venit la ședință ținîndu-se de fusta mamei și strîngîndu-l de mînă pe tatăl ei. A rămas oarecum „atașată” de ei, în timp ce toți trei s-au îndreptat spre o canapea-colțar mare. Biroul meu era amenajat ca o cameră de joacă a unei familii, cu perne mari, pufoase, jucării, jocuri, marionete, o masă pentru jocuri, obiecte miniaturale, tobe, pene și multe obiecte de proveniență naturală. După cîteva momente de conversație obișnuită, am observat cum Katie se

uita la numeroasele obiecte de pe masa din fața canapelei: păpuși, pietre, cristale, o bucată de coral albastru, o cochilie de scoică mare cît o mînă. Observînd semnalele minime, am văzut că ochii colorați ai lui Katie rămăseseră fixați asupra cochiliei. M-am întins în față, am luat cochilia, am rotit-o încet timp de cîteva minute, apoi i-am dat-o lui Katie. Ea a dat drumul fustei mamei și a acceptat cochilia cu ambele mîini.

Apoi am îngenuncheat lîngă Katie și i-am spus următoarea povestioară:

„Știi, Katie, această cochilie îmi amintește de vremea cînd eram o fetiță cam de vîrsta ta, iar bunica m-a dus la plajă. Mă jucam lîngă niște stînci mari, iar acolo am găsit o cochilie cam ca asta. Era înțepenită între doi bolovani mari apropiați. Am alergat repede să-i spun bunicii. Ea era foarte înțeleaptă și mi-a spus că, atunci cînd pui o astfel de cochilie lîngă ureche, auzi poveștile oceanului. Am vrut să ascult poveștile acelea, așa că mi-am dat seama că trebuia să eliberez cochilia pentru asta.

Ei bine, Katie, am încercat în toate felurile, dar, orice aș fi făcut, cochilia rămînea blocată acolo. M-am așezat pe nisip și am privit cum fluxul începea să urce. Val după val, oceanul acoperea cochilia și bolovanii. [Am imitat zgomotul valurilor, scoțînd un sunet șuierător.] După o vreme, nu știu după cît timp, oceanul s-a liniștit și am decis să încerc din nou să scot cochilia. Poate era gata să se desprindă. De data asta s-a întîmplat altceva. Cînd am pus mîna pe cochilie și am scuturat-o puțin [am imitat gestul, mișcîndu-mi ușor mîna], am simțit că s-a clătinat nițel. Cochilia părea gata să se desprindă dintre bolovani. În sfîrșit, după ce am avut puțină răbdare, am reușit să o iau și am fugit să i-o arăt bunicii. Ea a zîmbit și mi-a amintit că, atunci cînd ții o astfel de cochilie la

ureche, auzi poveștile oceanului [mi-am mișcat mîna, schițînd gestul de a duce scoica la ureche]”.

Cînd am terminat povestea, Katie își ridicase mîna în care ținea cochilia la ureche. I-am zîmbit și am rugat-o să-mi spună cînd începea să audă poveștile. Katie mi-a zîmbit la rîndul ei și a dat din cap, încuviințînd. Acum era complet implicată. Stătea alături de mine pe podea și vorbea *cu* toate celelalte obiecte din natură de pe masă, creîndu-și o *lume de poveste* doar a ei.

Katie a rămas atentă pe tot parcursul ședinței. Părinții erau plini de speranță, deoarece era pentru prima oară cînd se desprinsese de lîngă ei fără să opună rezistență.

Pentru a descrie schimbarea lui Katie, este util să apelăm la „procesul de împletire” prin care „problema cu care se prezintă copilul (clientul), resursele sale interioare și sarcina metaforică (ideea sau comportamentul care trebuie învățate) sînt împletite, alcătuind o soluție sau o rezolvare” (Mills, 1989). Toate cele trei componente capătă putere egală. Prin urmare, simptomul/problema este mai degrabă *apreciat/ă*, *utilizat/ă* și *transformat/ă* decît *controlat/ă*, *interpretat/ă* sau *amputat/ă*.

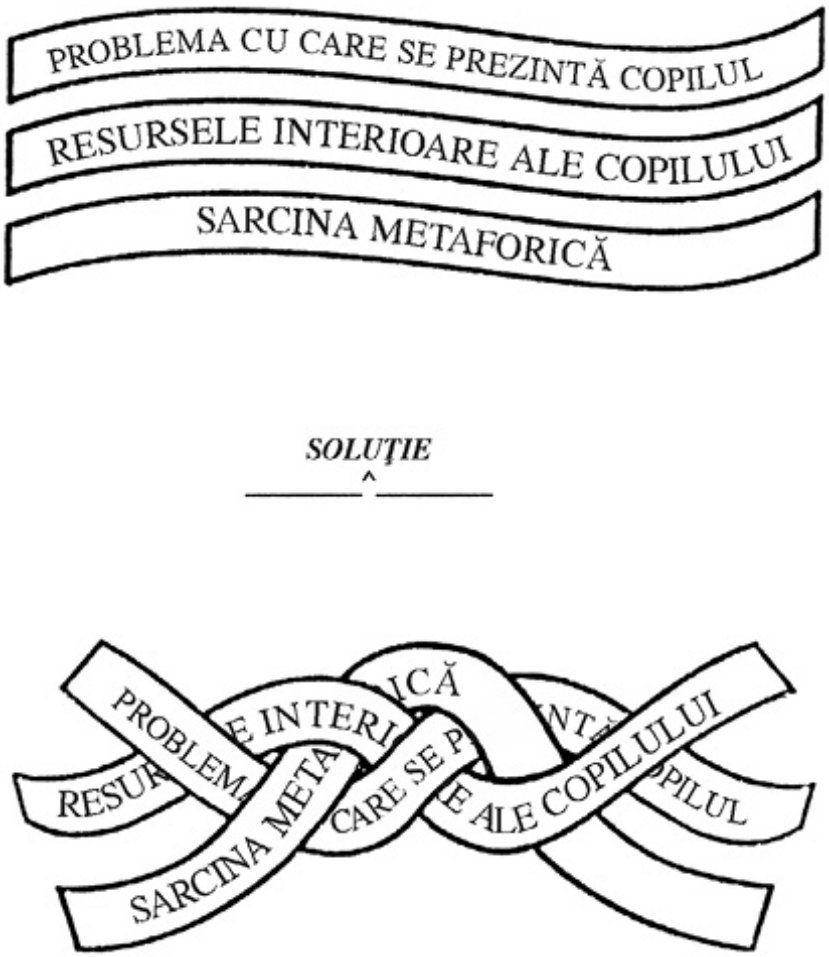


Figura 1. Procesul de împletire.
Crearea schimbării transformaționale

Figura 1 cuprinde o reprezentare sub formă de diagramă a procesului de împletire prin care problema cu care se prezintă copilul, resursele sale interioare și sarcina metaforică sînt împletite, alcătuind o soluție.

Împletirea soluției pentru Katie

Problema cu care se prezintă

Este speriată, are crize de mînie, nu reușește să se despartă de părinți la școală.

Resursele interne ale lui Katie

Curiozitate; capacitatea de a-și concentra atenția; îi plac poveștile.

Sarcina metaforică

Utilizarea cochiliei; mîna cu care Katie ținea cochilia se mută la ureche; întrebarea dacă poate auzi poveștile.

Soluție (împletire)

Katie devine complet implicată; spune că poate auzi poveștile; își actualizează disponibilitatea de a se schimba; rămîne separată de părinți pe parcursul ședinței.

După cum vedem în cazul lui Katie, în loc să se axeze pe etichetarea diagnostică pentru a stabili parcursul intervenției terapeutice, *procesul de împletire* îmbrățișează teoria și filosofia ericksoniană a „utilizării". Vedeți mai ales volumele I și IV din Erickson (Erickson, 1966/1980; Erickson și Rossi, 1979), care detaliază: „Esențial în *filosofia* utilizării este respectul profund pentru validitatea și integritatea comportamentului cu care se prezintă copilul; esențială în *tehnica* utilizării este abilitatea foarte complexă a observării a ceea ce este prezentat, a participării și a recontextualizării acestor aspecte" (Mills și Crowley, 1986, p. 48).

Deși pot exista opinii diferite cu privire la subiectul etichetării diagnostice (Marvasti, 1997), centrarea pe astfel de categorizări nu este principalul obiectiv în folosirea abordărilor terapeutice ludice ericksoniene în lucrul cu copiii. În plus, convingerea mea este că, prea adesea, copilul

(adolescentul sau familia) *este identificat* cu etichetarea diagnostică, iar tulburarea sau problema cu care se prezintă devine principalul – dacă nu unicul – centru al atenției. În măsura în care instituie un ansamblu preconceput de așteptări și asocieri, o etichetare diagnostică poate deveni un obstacol în calea intervențiilor terapeutice de succes. Mai rău, poate funcționa iatrogenic, în direcție negativă (Mills, 1989). În plus, Norton și Norton avertizează că „aceste categorisiri formale ale tulburărilor copilăriei, precum cele din *DSM-IV* [Asociația Americană de Psihiatrie, 1994] sau DRG (sistemul de clasificare în grupe de diagnostice) [Health Care Financing Administration], dar și cărțile populare de tip self-help nu au nici o semnificație. Copiii trebuie să comunice prin propriul lor mediu – joaca” (1997, p. 4). Noi, terapeuții, nu trebuie să limităm amploarea comunicării creative „dăruite” nouă de către copiii cu care lucrăm, ci trebuie să le sprijinim generozitatea și integritatea.

Trepte terapeutice

Fie că lucrăm cu copii, cu adolescenți, cu familii sau cu grupuri, în cadrul terapiei ludice ericksoniene pot fi utilizate numeroase abordări. Aceste trepte terapeutice sînt rezumate după cum urmează:

Metafore care spun o poveste (Mills și Crowley, 1986, 1988; Mills, 1989, 1992, 1999; Norton și Norton, 1997; Marvasti,

1997).
Metafore artistice (Mills și Crowley, 1986; Mills, 1989, 1992, 1999; Gregorian, Azarian, DeMaria și McDonald, 1996).
Metafore vii (Mills și Crowley, 1986, 1988; Mills, 1989, 1999).
Ritualuri și ceremonii (Mills, 1989, 1992, 1999; Gilligan, 1997; Hammerschlag și Silverman, 1997).

Este important să observăm că, deși aceste tehnici pot fi utilizate în cadrul modelelor scurte de terapie, precum și în cadrul modelelor de terapie ludică pe termen lung, accentul în aceste tehnici nu cade pe vindecarea rapidă, ci pe facilitarea unui nivel profund de vindecare. Filosofia este asemănătoare celei a cultivării plantelor, unde „nu le putem *comanda* semințelor să crească... Ele au nevoie de grijă iubitoare, de hrănire, de îndrumare și de răbdare ca să prindă rădăcini, să înmugurească și să-și atingă potențialul maxim de înflorire”.

Instrumente ludice terapeutice: dobîndirea unei perspective de ansamblu

Fiecare dintre trepte include folosirea unei mari varietăți de „instrumente ludice terapeutice” sub formă de jucării, materiale pentru diverse arte, o tavă cu nisip, marionete și păpuși, precum și diverse obiecte din natură – cochilii, pietre, bețe, frunze și altele –, pentru a facilita schimbarea inconștientă. Într-o analiză aprofundată, Norton și Norton

(1997) prezintă interpretarea simbolică a folosirii anumitor tipuri de jucării „pentru a stabili metafore, teme, stiluri, schimbări și direcții în jocul copiilor”. În mod înțelept, ei ne amintesc să fim conștienți de numeroasele interpretări posibile ce pot fi inerente fiecărei jucării. Îmi place să cred că această filosofie este mai degrabă capabilă *să vadă cu ochi de vultur decît să aibă viziunea limitată a unui șoarece*. Astfel, vreau să spun că, deși „viziunea unui șoarece” poate fi importantă pentru a reuși să analizezi detaliile unei anumite situații, ca în cazul în care trebuie să fii atent la indici minimali, noi, terapeuții, trebuie să ne permitem să dobîndim „viziunea unui vultur”, astfel încît să vedem nu doar ce se află în fața noastră, ci să putem avea o perspectivă mai amplă asupra soluțiilor posibile. În minunata lume imaginativă a unui copil, o frunză poate deveni o pană, o mașină sau chiar un bandaj pentru o rană. Copiii au într-adevăr darul viziunii de vultur.

Deși cunoașterea interpretărilor poate fi esențială în multe tipuri de terapie ludică, acestea sînt mai puțin importante în modelul terapiei ludice ericksoniene, în care jucăriile și obiectele naturale selectate nu sînt *analizate* de către terapeut, ci sînt în schimb *utilizate* de către copil. Cel care conferă semnificație și voce jucăriei sau obiectului ales este copilul, nu terapeutul. La fel cum mișcările ideomotorii sînt semnale cu relevanță unică pentru fiecare persoană aflată în transă (Rossi și Cheek, 1988), la fel sînt și semnificațiile jucăriilor alese de copil în ludoterapia ericksoniană. Aceasta este o diferență esențială între ludoterapia ericksoniană și modalitățile psihodinamice ale terapiei ludice; cu alte cuvinte, o mașinuță de salvare poate însemna un accident sau un pericol ori poate

fi interpretată drept vindecare și salvare. Mai degrabă decît impunerea unor interpretări ale terapeutului, este important să i se *permită* semnificației să se *dezvăluie*, deoarece este asociată unui anumit copil și familiei sale.

Această diferențiere este deosebit de importantă cînd lucrăm cu copii sau familii care provin dintr-un context multicultural. Polițiștii de jucărie pot avea conotații foarte diferite pentru copiii afro-americani și cei caucazieni, datorită experiențelor lor personale din comunitățile în care au fost crescuți. Folosirea din abundență a culorii „roșu” de către un copil poate fi interpretată drept o expresie a „mîniei”; totuși, în cultura asiatică și în cea amerindiană, roșul simbolizează „viața și sacrul”. Trebuie să permitem ca procesul dezvăluirii semnificației să se desfășoare pornind de la copil.

Exemplul următor ilustrează folosirea poveștilor, a artei sub forma *poveștii artizanale*, și un ritual care îi ajută pe copiii și familiile din Kauai să se vindece de trauma cauzată de uraganul Iniki. Povestea bolului de lumină a devenit fundația acestui proiect multidimensional inclus în programul Activităților Naturale Vindecătoare (Mills, 1992). Toate activitățile au avut loc într-un cadru neprotocolar al unui centru de cartier. Copiii de vîrste diferite, împreună cu părinții, bunicii și alți membri ai comunității s-au adunat, formînd un grup, și li s-a spus povestea bolului de lumină. Nu au fost puse întrebări directe privind uraganul, nici nu a fost menționat în mod direct[2]. În cadrul aceleiași ședințe de două ore, a fost creată o *poveste artizanală*, oferindu-li-se copiilor/participanților o bucată de argilă cu uscare rapidă, de mărimea unei mingi de tenis, și spunîndu-li-se (1) să țină mingea de argilă în mîini, (2) să închidă ochii și să respire

profund de cîteva ori și (3) să-și imagineze că văd propriul lor bol de lumină. Apoi copiilor/participanților li s-a cerut să deschidă ochii cînd imaginea era clară și să înceapă să modeleze boluri din argilă. Bolurile s-au uscat în doar o zi.

Ședința următoare a început cu repetarea poveștii. Copiii au fost încurajați să-și mai spună o dată povestea așa cum și-o aminteau. Apoi li s-au dat vopsele acrilice, scoici, pene, mărgele și flori uscate. Li s-a zis să ia în mîini bolurile acum uscate, să închidă ochii, să respire profund de cîteva ori și să permită imaginii bolurilor să li se formeze în minte. La sfîrșit li s-a spus că, după ce imaginile devin clare, pot deschide ochii și pot începe să-și decoreze bolurile. Unii copii nu le-au înfrumusețat; unii au pictat modele complicate.

Copiii au făcut apoi o plimbare în natură și au fost îndemnați să-și adune „pietrele” proprii. Fiecare copil a atribuit o semnificație diferită pietrelor sale. Unii au spus că pietrele reprezentau ceea ce pierduseră în uragan, iar alții vorbeau despre frici. Mulți adolescenți au identificat pietrele în relație cu drogurile și cu abuzul, fără legătură cu uraganul. Unii au rămas tăcuți în timp ce adunau pietrele. Copiii/participanții nu au primit nici o sugestie referitoare la ce anume ar putea reprezenta pietrele pentru ei. Propriul lor inconștient a umplut golul și a conferit semnificații relevante la nivel personal pentru fiecare dintre ei. Pentru a extinde procesul de vindecare, s-a făcut apel la un ritual terapeutic. După ce au fost adunate pietrele, copiilor li s-a spus că pot alege un moment și un spațiu special unde își pot „răsturna bolurile”, golindu-le astfel de pietre[3].

Pînă în prezent, peste o mie de copii și familiile lor din diverse contexte culturale și religioase din partea vestică a

insulei Kauai și-au confecționat propriile boluri cu lumină și continuă să spună povestea. De asemenea, metoda a fost reluată în clase bilingve și în programe rezidențiale de tratament[4].

Conectivitatea terapeutică: rețeaua de relații

În centrul terapiei ludice ericksoniene se află relația dintre terapeut și copil/adolescent. S-au scris cărți întregi pe tema teoriei a ceea ce permite o relație vindecătoare cu copiii (Axline, 1969; Freud, 1946; Gardner, 1971; Gardner și Olness, 1981; Landreth, 1991; Norton și Norton, 1997; Barnes, 1996; O'Connor și Schaefer, 1994; James, 1989; Oaklander, 1978; Gil, 1991; Mills și Crowley, 1986). Referindu-se la „ludoterapia experiențială", psihologul Karen Jordan (1997) ne spune că aceasta este „o abordare inovatoare, prin care clinicianul reacționează la copil în loc să inițieze acțiuni în numele propriilor sale convingeri și valori". Clark Moustakas (1992), unul dintre fondatorii ludoterapiei, afirmă: „Relația vie dintre terapeut și copil este dimensiunea esențială, poate singura realitate din procesul terapeutic și din întreaga evoluție interumană". Aceste filosofii sînt remarcabil de asemănătoare cu cea a lui Erickson, care credea că terapeutului îi revine misiunea de a intra în lumea clientului, nu invers. În privința convingerilor sale, Erickson (1958/1980) a afirmat: „Orice terapie folosită trebuie întotdeauna să fie în acord cu

necesitățile pacientului, oricare ar fi acestea, nicicum să se bazeze pe clasificări arbitrare”.

Adoptarea unei filosofii terapeutice a conectivității în locul fundamentării terapiei pe clasificări care divizează este deosebit de importantă cînd se lucrează cu copii și familii din contexte multiculturale. Vederea spiritelor nu este ceva de temut, nici nu este etichetată drept simptom psihotic în cultura amerindiană, hawaiiană, în cultura boșimanilor africani și în multe culturi indoneziene, iar vorbitul cu copaci, păsări, insecte și strămoși sau auzirea poveștilor spuse de vînt sînt adesea încurajate de oamenii din aceste culturi (Barnes, 1996; Keeney, 1994). Astfel de comportamente nu sînt etichetate ca fiind tulburări psihotice sau disociative, ci sînt considerate „înzestrări”. Ținînd cont de acest cadru multicultural, modelul ludoterapiei ericksoniene permite aprecierea unor modalități unice de *a fi în lume*. Din nou ni se amintește mesajul lui Erickson: „Nu tot ce vezi e ceea ce ți se pare a fi. Este doar așa cum vezi în momentul respectiv”.

Sugestii presărate

Alt aspect important al ludoterapiei ericksoniene care o diferențiază de alte modalități psihopediatrice este folosirea „sugestiilor presărate” (Erickson, 1966/1980; Erickson și Rossi, 1980). Erickson și Rossi arată că această tehnică „este cel mai clar exemplu al comunicării pe două niveluri în care subiectul ce prezintă interes pentru un pacient anume este utilizat

drept context general pentru concentrarea atenției conștiente, în timp ce sugestiile presărate sînt receptate pentru a avea efect la nivel inconștient” (1980, p. 447).

Ca să explicăm tehnica presărării în termeni practici, atenția unui copil poate fi absorbită de creații artistice, de tava cu nisip, de construcțiile cu lego sau cărămizi ori de lucrul cu argilă (fixarea atenției conștiente). În timp ce copilul se joacă cu oricare dintre aceste mijloace, terapeutul poate intercala sugestii vizînd ceea ce copilul vrea să aibă în viața sa (sugestii oferite la nivel inconștient). Iată un exemplu de utilizare a procesului jocului și al artei, cu integrarea concomitentă a sugestiilor presărate, la un grup de adolescente descrise ca avînd probleme emoționale grave cauzate de abuz, neglijare și consum excesiv de substanțe. Activitatea s-a desfășurat într-un centru rezidențial de tratament unde mai devreme, în aceeași zi, ne întîlniserăm pentru o sesiune de povești în grup. Au fost aduse în discuție aspecte legate de siguranță și de autoapărare, în timp ce fetele își exprimau opiniile în cadrul activității de grup.

Învățăminte și coșuri

Cînd am intrat în sala mare de mese, am observat că fetele aveau pe mesele din fața lor fîșii de hîrtie glasată. În încăpere era o gălăgie de nedescris, iar majoritatea fetelor fugeau de colo colo, aruncînd cu fîșii de hîrtie, fără legătură cu ceea ce făceau. Instructoarea a încercat de mai multe ori să le atragă atenția. Încercările ei aveau efect pentru un minut sau două, dar apoi adolescentele pline de energie deveneau iar neatente.

Permițîndu-mi *să fiu în prezent*, am întrebat-o pe una dintre fete ce făceau. Fără să ridice privirea, a răspuns: „Coșuri”. În acel moment, m-am gîndit la ceea ce învățasem despre împletitul coșurilor de la un profesor amerindian de-al meu și am decis să împărtășesc cu fetele. Am început astfel:

— Știți, coșurile sînt destul de interesante. Pot ține în ele unele lucruri foarte speciale. Unele dintre ele au chiar capace, ca să ții în ele comori secrete, încuiate… și știi cum să le deschizi doar în momentul potrivit, cînd vrei să scoți ceva important… și știi cum să închizi capacul din nou, astfel încît tot ce e înăuntru să rămînă în siguranță. Tu hotărăști ce pui înăuntru și ce alegi să scoți din el.

În acel moment, Jeanette, de 15 ani, mi-a arătat coșul pe care îl făcea. Închizînd și deschizînd coșul cu degetele, Jeanette repeta:

— Da, și uneori e închis… alteori e deschis… înăuntru e sigur.

Cum celelalte fete priveau, am repetat:

— Da, și tu alegi ce pui înăuntru și ce scoți din el. *Și știi multe despre siguranță.*

După cîteva clipe de gîndire, Jeanette a spus:

— Mătușică Joyce, așa e și cu viața noastră. Ceea ce punem înăuntru și ceea ce scoatem depinde de noi.

Specialista în terapie prin artă a încuviințat din cap către mine, iar eu i-am răspuns zîmbind:

— Așa e, coșurile sînt destul de interesante… *Iar tu știi multe despre cum vrei să fie viața ta.*

Fetele au continuat să interacționeze minunat; totuși, acum se concentrau pe împletirea coșurilor. Au continuat să vorbească între ele, dar conversația era acum despre ce

anume ar pune în coșuri și cum ar vrea să arate acestea. Unele dintre fete voiau să-și decoreze coșurile cu modele, altele le-au lăsat împletitura simplă.

Rezumat

Cînd utilizăm ludoterapia ericksoniană ca modalitate de tratament pentru a lucra cu copii, adolescenți și familii, cred că cel mai important aspect pe care trebuie să ne concentrăm e întrebarea: dacă am avea la dispoziție o oră cu un copil, cu ce gînd am vrea să rămînă acel copil? Răspunsul poate fi diferit, în funcție de fiecare dintre noi. Un răspuns care îmi vine în minte este următorul: Înțelepciune – să împărtășim ceea ce trăim de-a lungul vieții, nu doar cunoștințe învățate din cărți; Inspirație – să insuflăm o atitudine de tip „vei reuși”; Nutrire – hrănirea sufletului prin sprijinirea viziunilor, visurilor, scopurilor; Călăuzire – să oferim o cale pentru curiozitate și descoperire; Sine – să sprijinim unicitatea individuală. Cînd acestea se combină cu sinceritatea, integritatea și sentimentul autentic al purtării de grijă, copiii cu care lucrăm pot căpăta darul prețuirii de sine: curajul, puterea și abilitatea de a se avînta în lumea lor plină de provocări și de schimbări.

Cinci idei practice

► *Joaca* este limbajul copiilor, iar *povestea* este limbajul jocului.

► Ludoterapia ericksoniană adoptă filosofiile hipnotice ale lui Milton E. Erickson, adică recunoașterea și utilizarea indicilor minimi, a fenomenelor transei și a sugestiilor presărate.

► Menținerea unei minți jucăușe, pentru a facilita trecerea de la o realitate la alta.

► Conectivitatea umană este baza intervenției de succes cînd se folosește modalitatea ludoterapiei ericksoniene.

► Concentrarea mai degrabă pe redobîndirea resurselor interioare decît pe etichetarea diagnostică.

Bibliografie

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (ed. a IV-a). Washington, DC: Author.

Axline, V. (1947/1969). *Play therapy.* New York: Ballantine.

Barnes, M.A. (1996). *The healing path with children*. Clayton, NY: Viktoria, Fermoyle & Berrigan.

Erickson, L. (1988). Dezbaterea „How Milton H. Erickson encouraged individuality in his children". În J.K. Zeig, S.R. Lankton, *Developing Ericksonian therapy: State of the art* (p. 494). New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M. (1958/1980). Pediatric hypnotherapy. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, vol. IV: Innovative hypnotherapy* (pp. 174-180). New York: Irvington.

Erickson, M. (1966/1980). The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. În E. Rossi (ed.) *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, vol. IV: Innovative hypnotherapy* (pp. 262-278). New York: Irvington.

Erickson, M., Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.

Erickson, M., Rossi, E. (1980). Two-level communication and the microdynamics of trance and suggestion. În E. Rossi (ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis, vol. I: The nature of hypnosis and suggestion* (p. 447). New York: Irvington.

Freud, A. (1946). *The psychoanalytic treatment of children.* Londra: Imago.

Gardner, G., Olness, K. (1981). *Hypnosis and hypnotherapy with children.* New York: Grune & Stratton.

Gardner, R. (1971). *Therapeutic communication with children: The mutual storytelling techniques.* New York: Science House.

Gil, E. (1991). *The healing power of play: Working with abused children.* New York: Guilford.

Gilligan, S. (1987). *Therapeutic trances.* New York: Brunner/Mazel.

Gilligan, S. (1997). *The courage to love.* New York: Norton.

Gilligan, S., Price, R. (eds.) (1993). *Therapeutic conversations.* New York: Norton.

Gregorian, V.S., Azarian, A., DeMaria, M.D., McDonald, L.D. (1996). The colors of disaster: The psychology of the „black sun". *The Arts in Psychotherapy*, 23(1), 1-14.

Hammerschlag, C.A. (1988). *Dancing healers.* San Francisco: Harper & Row.

Hammerschlag, C.A., Silverman, H.D. (1997). *Healing ceremonies*. New York: Berkeley.

Imber-Black, E., Roberts, J., Whiting, R. (eds.) (1988). *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton.

James, B. (1989). *Treating traumatized children.* Lexington, MA: Lexington Books.

Jordan, K. (1997). Foreword. În C.C. Norton, B.E. Norton, *Reaching children through play therapy*. Denver, CO: Publishing Cooperative.

Keeney, B. (1994). *Shaking out the spirits*. Tarrytown, NY: Station Hill Press.

Landreth, G.L. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. Muncie, IN: Accelerated Development.

Lee, P.J., Willis, K. (1990). *Tales of the night rainbow*. Honolulu, HI: Night Rainbow Publishing.

Marvasti, J. (1997). Ericksonian play therapy. În K.J. O'Connor, L.M. Braverman (eds.), *Play therapy: Theory and practice* (cap. 10, pp. 285-308). New York: Wiley.

Mills, J.C. (1989). No more monsters and meanies: Multisensory metaphors for helping children with fears and depression. În M.D. Yapko (ed.), *Brief therapy approaches to treating anxiety and depression*. New York: Brunner/Mazel.

Mills, J.C. (1992). Proiectul de activităţi Kauai Westside O'hana. Bursă sponsorizată de Child and Family Services of Kauai; finanţată de Office of Youth Services, Hawaii.

Mills, J.C. (1994). Ludoterapie ericksoniană. Prezentată în cadrul Congresului Internaţional pe tema abordărilor ericksoniene ale hipnozei şi psihoterapiei, ediţia a VI-a. Secţiunea opt: Copii şi Adolescenţi.

Mills, J.C. (1999). *Reconnecting to the magic of life*. Kauai, HI: Imaginal Press.

Mills, J.C., Crowley, R.J. (1986). *Therapeutic metaphors for children and the child within*. New York: Brunner/Mazel.

Mills, J.C., Crowley, R.J. (1988). A multidimensional approach to the utilization of therapeutic metaphors for children and

adolescents. În J.K. Zeig, S.R. Lankton (eds.), *Developing Ericksonian therapy: State of the arts* (pp. 302-323). New York: Brunner/Mazel.

Moustakas, C.E. (1992). *Psychotherapy with children*. Greeley, CO: Carron. (Publicat pentru prima dată în 1959. New York: Harper & Row.)

Norton, C.C., Norton, B.E. (1997). *Reaching children through play therapy*. Denver, CO: Publishing Cooperative.

Oaklander, V. (1988). *Windows to our children*. Highland, NY: Center for Gestalt Development.

O'Connor, K.J., Braverman, L.M. (eds.) (1997). *Play therapy: Theory and practice*. New York: Wiley.

O'Connor, K.J., Schaefer, C.E. (eds.) (1994). *Handbook of play therapy, vol. II: Advances and innovations*. New York: Wiley.

Rossi, E.L., Cheek, D.B. (1988). *Mind-body therapy*. New York: Norton.

1. Programul s-a intitulat Kauai Westside O'hana (family) Activities Project, sponsorizat de Serviciile pentru Copii și Familii din Kauai și finanțat de Office of Youth Services. Le oferea tinerilor și familiilor lor oportunități de a depăși stresul posttraumatic, adoptînd un model centrat mai mult pe „vindecare și prevenție", pe care l-am numit Vindecarea Stresului Posttraumatic. Modelul Vindecării Stresului Posttraumatic a fost folosit în (1) activități naturale de vindecare, (2) grupuri de discuții și povestit cu părinții și (3) Centrul de Discuții și Povestit (consiliere).
2. Abordările directe, adică vorbirea la persoana întîi despre amintirile traumatizante asociate cu uraganul, erau considerate de numeroși membri ai comunității drept o

dovadă de insensibilitate culturală față de concepțiile privind vindecarea naturală specifice majorității. Poveștile și folosirea artei s-au dovedit a fi instrumente vindecătoare eficiente în lucrul cu victimele dezastrelor naturale și ale dezastrelor cauzate de oameni.

3. Ritualurile definite în acest capitol nu sînt „teme pentru acasă”, nici nu sînt considerate manipulări inteligente care urmăresc să-i facă pe oameni să se schimbe. Aceste ritualuri sînt însă un mijloc de a ajuta oamenii să se *reconecteze* cu un simț al sacrului și al vastelor potențiale vindecătoare ale vieții.
4. J. Raniero, absolvent de masterat, consilier la Sheridan Magnet School of International Language and Communication, Tacoma, Washington; Christie School, Marylhurst, Oregon; Hale ’Opio, Kauái, Hawaii.

Capitolul 35

Autoîngrijirea: abordări din autohipnoză pentru utilizarea propriului potențial inconștient (interior)

Brian M. Alman

Milton H. Erickson mi-a spus odată: „Principala misiune a pacientului este să-și dezvolte potențialul inconștient. Fiecare om se află într-un proces de evoluție. Hipnoza este o experiență prin care oamenii primesc ceva de la ei înșiși. Toată hipnoza este autohipnoză”.

Poate că una dintre cele mai mari neînțelegeri din domeniul autoîngrijirii, medicinei și psihologiei vizează modul în care acționează hipnoza. Nimeni nu are puterea de a hipnotiza pe nimeni. Doar tu însuți ai puterea de a te hipnotiza pe tine însuți sau de a fi hipnotizat de altcineva – puterea îți aparține.

Îi înveți pe alții să se autohipnotizeze? Poate ai descoperit deja că aproape oricine poate învăța cum să folosească autohipnoza pentru a face anumite schimbări la propria persoană: să pună capăt obiceiurilor nedorite, să gestioneze

durerea, să reducă stresul, să îmbunătățească autoîngrijirea. Poate că vrei să ajuți oamenii să-și perfecționeze relațiile la locul de muncă și să-și dezvolte aptitudinile de părinte, să-și sporească performanțele sportive, să slăbească și să se mențină la o greutate mai mică – chiar să ajungă la o înțelegere de sine sănătoasă, pozitivă, care îmbunătățește viața de zi cu zi în moduri simple.

Acest capitol vă va învăța să predați autohipnoza și vă va explica totodată cum să vă dezvoltați propria capacitate de autohipnoză pentru a-i ajuta pe alții și pe dumneavoastră înșivă să atingeți obiective.

Cine poate beneficia de pe urma autohipnozei?

Autohipnoza folosește sistemul de convingeri și de percepții al fiecărei persoane cu privire la propriile sale experiențe. Erickson a introdus pentru prima oară ideea integrării procesului unic interior al fiecărei persoane în sugestii care îmbunătățesc viața de zi cu zi și ajută persoana să-și atingă obiectivele personale. În opinia sa, autohipnoza are șanse mai mari de succes dacă experiențele sînt asociate cu imagini, simboluri și cuvinte cu care persoana poate relaționa. El le amintea în mod repetat specialiștilor pe care îi instruia că, pentru a preda în mod eficient autohipnoza, mai presus de toate trebuie să fii un observator atent, care poate identifica limitările ce îngrădesc potențialul uman. De

asemenea, ne-a încurajat să facem disponibile mijloacele de eliberare și facilitare a dezvoltării umane. În cele din urmă, a sugerat să stăm deoparte, pentru a observa, asculta și pentru a ne minuna de parcursul final al acesteia.

Erickson a explicat foarte clar că, în lucrul cu hipnoza, una dintre cele mai importante responsabilități ale noastre este să-i învățăm pe oameni autohipnoza, pentru a reuși să aibă autocontrol în viața de zi cu zi.

Ce este autohipnoza?

Toți oamenii trăiesc stări în care sînt complet absorbiți de o activitate – poate atunci cînd ascultă muzică sau citesc o carte – și nu observă ce se petrece în jurul lor. Acestea sînt experiențe de autohipnoză. Principala diferență dintre ele și autohipnoza propriu-zisă este motivația acesteia din urmă și sugestiile care vizează un obiectiv. Autohipnoza vă ghidează spre un rezultat dorit, cum ar fi autorelaxarea sau controlul durerii.

Autohipnoza nu este un tip de somn, deși cei care practică tehnica par adesea că dorm. Ei nu sînt nici în starea obișnuită de trezie, deși se simt activi în interior. Experiența autohipnozei seamănă cel mai mult cu cea a visării cu ochii deschiși, în care creezi, te relaxezi, te exprimi și te miști în interior – deși, atunci cînd visezi cu ochii deschiși, dacă vrei să-i răspunzi cuiva care îți vorbește, poți face asta, redirecționîndu-ți atenția.

Autohipnoza este dificil de definit, fiindcă fiecare o descrie altfel. Cel mai adesea, oamenii învață autohipnoza ca să se ajute să se integreze și să-și utilizeze potențialul mental pentru o sănătate și o bunăstare sporite, îndeplinindu-și astfel dorința de a potența și de a complementa medicina tradițională într-un mod fundamentat științific, sigur și economic.

Autohipnoza este o experiență de învățare activă la un nivel inconștient (interior), cînd calitatea unei relații (cu tine însuți sau cu cineva în care ai încredere) este utilizată pentru a dezvolta în mod creativ ceea ce ai deja. Poate fi definită drept o interacțiune minte-corp relaxantă, în care sugestiilor pozitive li se răspunde cu un sentiment de dobîndire a puterii. Sugestiile continue și utilizarea autoacceptării măresc potențialul îngrijirii sinelui. Cînd se practică autohipnoza, mintea care pune întrebări și opiniile critice se relaxează. Capacitatea de concentrare este mult mai puternică decît în starea de trezie sau de somn. Pe parcursul acestei experiențe intense de conștientizare și acceptare, sugestiile pot stimula ieșirea la suprafață a ideilor din inconștient. Secretul autohipnozei este că vă poartă în inconștient și, cultivînd ideea de bunăstare plantată acolo, o puteți face să crească și să înflorească în mintea conștientă, deși rădăcinile ei vor rămîne în inconștient. Încrederea este fundamentul autohipnozei, fapt care poate deveni o dificultate, deoarece mulți oameni nu au încredere în ei înșiși. Ei decid că mîine-dimineață se vor trezi devreme și, chiar în timp ce hotărăsc asta, știu că nu se va întîmpla. Așadar, adesea avem nevoie de altcineva, de o persoană în care avem încredere, care să ne

învețe autohipnoza. Dacă nu vă simțiți în siguranță, nimeni nu vă poate hipnotiza – nici măcar dumneavoastră înșivă.

Din păcate, majoritatea culturii occidentale a fost influențată de explicațiile incorecte ale lui Freud privind inconștientul. El a teoretizat că inconștientul era ca un depozit de gunoaie folosit de mintea conștientă pentru a stoca gînduri, sentimente și amintiri nedorite. Conștientul și subconștientul alcătuiesc aproximativ 10% din noi înșine, procent pe baza căruia funcționăm în cea mai mare parte din timp. Totuși, Freud confunda subconștientul cu inconștientul. Unii se întreabă dacă Freud și-ar fi dat seama, aprofundîndu-și ideile, că subconștientul este asemenea unui depozit de gunoaie în care conștientul stochează stresurile copleșitoare, iar inconștientul reprezintă cele 90 de procente pe care nu le folosim suficient și este plin de potențial uman pozitiv.

Ați putea considera mintea conștientă drept componenta cotidiană, logică și rațională a dumneavoastră, care vrea în mod repetat să continuați să faceți ceea ce vă este familiar. Mintea conștientă este componenta care ne ajută să supraviețuim, asigurîndu-se că învățăm din fiecare experiență. Centrul minții conștiente este egoul. Dar egoul este atît de infatuat, încît este convins că este centrul întregii persoane, nu doar al celor 10 procente.

Dacă vreți să treceți dincolo de toate condiționările, programările, cunoștințele dobîndite și instinctele animalice, trebuie să vă accesați mintea inconștientă. Vă puteți raporta la mintea inconștientă ca fiind componenta dumneavoastră creativă, intuitivă și iubitoare. Aceasta este partea care vrea să considerați viața o aventură, să manifestați deschidere către experiențe noi și să evoluați spre o existență totală.

Inconștientul reprezintă aproximativ 90% din minte. Centrul său este numit adesea vocea interioară, care este pe deplin conștientă că trebuie să fie absolut răbdătoare în timp ce dumneavoastră vă dezvoltați potențialul în ritmul propriu. Cu cît folosiți mai mult autohipnoza, cu atît vă veți da seama că potențialul dumneavoastră inconștient ajunge la nivelul minții conștiente doar cînd vă autoîngrijiți fără a vă judeca.

Majoritatea oamenilor de știință și cercetătorilor care lucrează în acest domeniu recunosc faptul că autohipnoza are calități speciale. Puteți dobîndi capacități de autocontrol care de obicei se situează în afara posibilităților conștientului și ale inconștientului. Erickson recunoștea că, din cauza limitărilor considerabile ale minții conștiente, conștiința trebuie extinsă (trebuie amplificată conștientizarea interioară), învățînd să relaționăm în mod optim cu inconștientul. Pentru Erickson, asta însemna să-i permitem inconștientului să-și desfășoare propria activitate, pe parcursul autohipnozei. Apoi, după ce inconștientul și-a făcut treaba, mintea conștientă poate recepta rezultatul și se poate concentra asupra lui în mod adecvat diverselor momente și contexte (circumstanțe) ale vieții. Erickson ne-a învățat că inconștientul este fabricantul, iar conștientul este consumatorul, autohipnoza fiind puntea de legătură dintre ele.

Orice hipnoză este de fapt autohipnoză

Toți avem puterea decisivă de a decide cît de relaxați și de deschiși vrem să fim. Autohipnoza necesită răbdare. Nu este nevoie să tot repetăm cuvinte sau să descriem imagini, fiindcă

asta devine deranjant. Pur și simplu, lăsați-le să treacă pe lîngă dumneavoastră, ca și cum ați urmări norii care vin și trec. Astfel, lucrurile care poate v-au distras atenția sau v-au deranjat în trecut pot de fapt să vă amplifice experiența. Va veni un moment în care toate acele imagini vor dispărea și, pentru un timp, vă veți invita experiențele inconștiente să iasă la suprafață. Cînd veți deveni capabil să faceți asta, veți deveni stăpînul dumneavoastră absolut. Autohipnoza vă poate face să vă simțiți relaxat și liniștit.

Cînd hipnoza scenică este prima impresie

Majoritatea oamenilor descoperă hipnoza atunci cînd privesc sau aud despre un spectacol. Din păcate, hipnoza scenică perpetuează mitul conform căruia, pe parcursul hipnozei, o persoană cedează controlul celui care efectuează hipnoza și va face lucruri pe care altfel nu le-ar face.

Totuși, cînd priviți hipnotizatori aflați pe scenă, ar trebui să vă dați seama că ei folosesc trucuri pentru a distra un public și pentru a-i păcăli pe spectatori să creadă că, sub hipnoză, oamenii cedează controlul voinței. Ei le spun voluntarilor să facă ceva neobișnuit, spre a satisface așteptările publicului legate de faptul că, dacă ei fac acele lucruri, le fac sub hipnoză, așa că nu vor fi responsabili pentru propriile lor acțiuni; spre a primi aplauze și rîsete din partea publicului și, în cele din urmă, spre a nu-și strica spectacolul.

Cînd învățați pentru prima oară pe cineva autohipnoza, este posibil să fiți nevoit să faceți față unei atitudini care include astfel de impresii negative. Acest aspect trebuie

discutat înainte de începerea sesiunii, fiindcă vreți să-i asigurați pe oameni că nu vor face nimic din ceea ce nu vor să facă. Adevărul este că ei dețin controlul total în orice moment. În peste 20 de ani de predat autohipnoza cîtorva mii de persoane, am devenit convins că, atunci cînd oamenii învață să cedeze o parte din control, pot dobîndi un control și mai mare. Mintea inconștientă ne protejează și are grijă de noi în timp ce sîntem treji, visăm, ne relaxăm, meditățm și dormim și poate fi sprijinită de experiențele noastre de autohipnoză.

Parcursul spre autohipnoză

Alegerea locului în care veți învăța

Unii oameni se pot relaxa practic oriunde. Relaxarea este esențială în autohipnoză. Pe măsură ce învățați să aveți experiența nemișcării și a liniștirii, vă puteți maximiza receptivitatea față de sugestiile pozitive și față de potențialul inconștientului dumneavoastră.

Căutați locul cel mai liniștit și mai special pe care îl puteți găsi. Foarte important, locul trebuie să fie cît mai sigur, mai confortabil și mai ferit de întreruperi, pe cît posibil. Programați-vă un interval de autoîngrijire în care să folosiți autohipnoza pentru atît timp cît vă este necesar ca să vă relaxați și să vă străduiți să dați formă unui obiectiv. De obicei, oamenii își acordă între cinci minute și o oră.

Nu uitați, lucrurile se întîmplă mai întîi în interior, apoi în exterior. Așadar, fiți foarte atent să creați o atmosferă interioară liniștită (felul în care vă simțiți), procedînd la fel atunci cînd alegeți mediul exterior.

Permiterea accesului la autohipnoză, prin respirație sănătoasă și relaxare

Tehnicile de respirație pe care le predau pentru a facilita autohipnoza nu vizează un sistem special sau un ritm anume. Ele iau respirația așa cum este. Pe parcursul autohipnozei, învățați să acceptați toate părțile dumneavoastră diferite și pe dumneavoastră ca persoană întreagă; așadar, tehnicile de respirație reflectă ceea ce dezvoltați în interior. Trebuie doar să conștientizați anumite elemente ale respirației dumneavoastră.

Respirația este puntea de acces spre relaxare, conștientizare și autohipnoză. Vă puteți da seama întotdeauna cît sînteți de deschis sau de închis sincronizîndu-vă cu respirația. Cu alte cuvinte, dacă aveți respirația bruscă și superficială, probabil că aveți o rigiditate în mișcări și sînteți stresat. Pe de altă parte, dacă respirați profund, de la nivelul stomacului, probabil că vă simțiți deschis și relaxat.

Respirația vă pune mereu în legătură cu experiențele interioare. E suficient doar să învățați tehnicile de respirație și viața dumneavoastră va fi mai sănătoasă, vă veți simți mai puternic, mai plin de energie, mai important și mai viu.

Conștientizarea și tehnicile de respirație

Creați-vă șansa de a vă reîmprospăta cu această tehnică de respirație ori de cîte ori vreți să vă relaxați și să începeți sau să finalizați o ședință de autohipnoză. Pur și simplu concentrați-vă atenția asupra fiecărei respirații. Cu ochii închiși sau deschiși, puneți-vă mîinile pe burtă și concentrați-vă atenția asupra mișcărilor corpului, inspirînd și expirînd. Faceți asta timp de aproximativ un minut, pentru a vă liniști și a vă simți respirația ca pe un flux continuu care vă traversează orice gînduri, sentimente sau imagini.

Apoi îndreptați-vă atenția spre momentele de schimbare, acele momente în care inspirația devine expirație și viceversa. Continuați să faceți asta timp de două-trei minute sau mai mult. Urmărind și simțind momentele de schimbare și acordîndu-le atenție totală, începe să se întîmple ceva magic. Experimentați. Cooperați. Cultivați-vă o atitudine prietenoasă față de respirația dumneavoastră și față de întregul dumneavoastră sine. Conștientizați momentele de schimbare. Poate fi util să vă imaginați valurile de pe plajă. Valurile se tot rostogolesc mereu. La fel și respirația dumneavoastră. Bucurați-vă de fiecare moment și simțiți-l – bucurați-vă de respirația relaxantă de mai multe ori pe zi.

Autohipnoza și meditația

Majoritatea tehnicilor de meditație sînt asemănătoare cu cele ale autohipnozei. Parcursurile sînt similare, dar direcțiile lor sînt diferite: ambele încep prin concentrarea atenției și

relaxare, cum ar fi respirația și imaginile. Survin o liniștire interioară și o redirecționare a atenției către experiențele interioare (gînduri, sentimente, imagini, limbaj corporal). Acestea sînt asociate prin utilizarea unei perspective de observator, inclusă adesea în experiențele de învățare.

Prin urmare, intrările în autohipnoză și în meditație sînt foarte asemănătoare; diferența fundamentală vizează motivația utilizării lor. În meditație, obiectivul este conștientizarea. În autohipnoză, dumneavoastră decideți obiectivul, care poate fi oricare, de la conștientizare la controlul durerii sau performanțe sportive, slăbitul și menținerea greutății scăzute, iar lista poate continua. Căile lor de acțiune sînt asemănătoare, dar diferă la nivelul modului în care utilizați relaxarea liniștită, care vă dă putere. Nu trebuie să alegem între meditație, relaxare și autohipnoză. Sînt complementare, nu contradictorii.

Gestionarea distragerii atenției

Utilizați toate sunetele exterioare, precum și toate gîndurile și sentimentele interioare pentru a vă cufunda mai mult în experiența autohipnozei. Opriți-vă asupra lor și lăsați-le să treacă. Dacă auziți un avion zburînd, puneți-vă toate greutățile în compartimentul de bagaje. Dacă auziți un cîine lătrînd, imaginați-vă un parc frumos în care toți cîinii aleargă liberi, iar dumneavoastră vă relaxați pe o stîncă de lîngă lac. Dacă simțiți că în interiorul dumneavoastră se ivește o îngrijorare, imaginați-vă că priviți norii de pe cer, iar toate îngrijorările sînt și ele trecătoare, asemenea norilor. Dacă

aveți prea multe gînduri, imaginați-vă un tren aflat în mișcare. Apoi imaginați-vă cum coborîți din tren și stați pe un deal, urmărindu-vă gîndurile care trec pe lîngă dumnea-voastră, asemenea trenului. Învățînd să vă gestionați propriile gînduri și eul, veți obține un nivel profund de relaxare, în locul tensiunilor obișnuite care provin din identificarea prea accentuată cu eul propriu.

Acceptați ceea ce vă distrage atenția. Conștientizați aceste elemente. Exprimați-vă în interior sentimentele referitoare la ele, urmăriți cum se transformă în situații plăcute, apoi lăsați-le în urmă. Adoptați o atitudine relaxată și prietenoasă față de orice vă distrage atenția și utilizați elementele respective drept oportunități care vă permit să aprofundați.

Amplificați-vă motivația de a vă atinge obiectivele

Un proverb spune că „Definiția unui adult este: cineva care face ceva, deși știe că trebuie s-o facă”. Majoritatea oamenilor știu ce trebuie să facă pentru a fi mai fericiți și mai sănătoși, dar puțini o fac. Observația este valabilă pentru slăbitul și menținerea unei greutăți reduse, pentru renunțarea la fumat, pentru gestionarea eficientă a stresului, pentru a face sport și pentru multe alte provocări. Unii experți spun că tot ce trebuie să faci este să găsești butonul potrivit (factorul motivant pentru fiecare persoană). Alții spun că, dacă afli ce anume a cauzat problema, aceasta va dispărea, iar unii spun că, dacă le arăți oamenilor modalități mai eficiente de a trăi, ei le vor învăța. Există multe teorii referitoare la ce îi ajută pe

oameni să se schimbe, dar toate metodele par să se rezume la un singur fapt: pentru a obține schimbări pe termen lung, de succes, procesul trebuie adaptat la resursele și potențialul inconștient ale fiecărei persoane. Relațiile îi motivează pe oameni, inclusiv relația cu noi înșine. Este clar, autohipnoza poate fi acea punte de legătură dintre vechile forme de autoîngrijire și noile abilități de autoîngrijire. Pur și simplu trebuie să avem dedicarea și răbdarea de a învăța să avem grijă de noi mai bine. După cum ne învăța Erickson, schimbarea nu este doar posibilă, este inevitabilă.

Forța sugestiilor și a semnalelor posthipnotice

O sugestie posthipnotică este o sugestie făcută în timp ce persoana practică autohipnoza și vizează o acțiune sau altă reacție care să aibă loc în viața de zi cu zi. Pe durata hipnozei, inconștientul vă înțelege intenția. Acest procedeu evoluează cu ușurință în timp, pe măsură ce învățați să aveți mai multă încredere în sine.

Semnalele posthipnotice sînt orice gînduri, acțiuni, cuvinte, imagini, simboluri sau evenimente care pot iniția sau declanșa sugestiile posthipnotice. De exemplu, zgomotul făcut de un tren care trece pe lîngă casa dumneavoastră poate deveni semnalul care vă amintește să respirați profund, satisfăcător și să vă relaxați. Sugestia posthipnotică a fost

implantată pe parcursul unei ședințe anterioare de autohipnoză.

Conform lui Erickson, cele mai importante sugestii posthipnotice vizează capacitatea de a repeta experiența autohipnozei oricînd și oriunde dorim. După ce ați conștientizat forța acestui instrument de autoîngrijire, vă puteți simți mai calm și mai relaxat oricînd doriți.

Sugestiile și semnalele posthipnotice sînt o extensie eficientă a activității de autohipnoză. Ele vă amplifică abilitățile de a vă schimba sau de a vă îmbunătăți acțiunile și sentimentele după cum doriți, nu doar în timp ce practicați autohipnoza. Adesea este util să fie oferite o varietate de sugestii și semnale posthipnotice, pentru a maximiza șansele de succes.

Cum să utilizați imaginile și vizualizările pozitive

Aristotel a spus: „Sufletul nu gîndește niciodată fără o imagine”. Dar imaginile nu înseamnă doar vizualizare. Aveți cinci simțuri plus al șaselea simț, intuiția, și simțul umorului. Sînt în total șapte simțuri care vă pot ajuta în privința imaginației, a intențiilor pozitive și a autohipnozei.

Toți ne bucurăm de imagini, dar putem avea niveluri diferite de experiență și pricepere. Iată un proces care vă poate ajuta să vă dezvoltați aptitudinile imagistice (acordați cîte un minut sau mai mult fiecăruia dintre pașii următori).

1. Priviți un obiect și observați-l ca și cum nu l-ați mai fi văzut niciodată înainte (priviți detaliile, mărimea, părțile, ansamblul, dimensiunile, locația, culorile): *fiți propriii dumneavoastră ochi.*
2. Ascultați toate sunetele din jur (interioare și exterioare, propria respirație și toate sunetele care înainte poate v-ar fi distras atenția, dar care acum pot deveni o parte din experiența dumneavoastră): *fiți propriile dumneavoastră urechi.*
3. Simțiți toate senzațiile pe care le puteți conștientiza, de la degetele de la picioare pînă în vîrful capului, și lăsați tensiunile să se ridice de la tălpi pînă în creștet (acceptați tensiunile, postura tălpilor, a picioarelor, a spatelui, a gîtului și a capului – fără a le judeca, critica sau filtra): *fiți propriile dumneavoastră senzații.*
4. Mirosiți toate aromele din mediul dumneavoastră (o anumită oră a zilei, anotimpurile, chiar viața însăși se pare că are aroma ei specifică): *fiți propriul dumneavoastră nas*.
5. Gustați toate gusturile din gură, lingeți-vă buzele, mișcați-vă limba și simțiți gusturile (a ceva ce ați mîncat sau băut mai devreme, umiditatea, uscăciunea): *fiți propriile dumneavoastră papile gustative.*
6. Permiteți-i intuiției să iasă la suprafață (acceptați toate imaginile, sentimentele ușoare și plăcute, deciziile care vin din ridicarea deasupra unei situații, permițîndu-vă să vedeți totul cu alți ochi): *fiți propriul dumneavoastră sine superior.*
7. Chicotiți puțin în sinea dumneavoastră (despre stînjeneala asociată cu a învăța ceva nou, despre comicul situației de a fi atent la simțurile dumneavoastră, amuzat de orice

rezistențe care apar): *fiți propriul dumneavoastră sine relaxat, amuzant.*

8. Acum dați dovadă de deschidere față de toate cele șapte simțuri ale dumneavoastră timp de măcar cîteva minute (față de unul, față de cîte două sau față de toate șapte concomitent): *fiți propriul dumneavoastră sine complet.*

Imaginea aceasta este foarte puternică fiindcă vine din interiorul dumneavoastră. Dumneavoastră ați creat-o. Folosiți limbajul inconștientului pentru a da dovadă de deschidere, pentru a vă relaxa și pentru a crea schimbări pozitive.

Imaginarul rezultatelor și al procesului

Vă puteți utiliza imaginile pentru a atinge anumite scopuri. O abordare constă în utilizarea tehnicii imaginilor pentru a încerca în avans experiența de a vă fi atins scopul. Imaginarul rezultatelor constituie procesul prin care vă imaginați pe dumneavoastră înșivă și situația existențială așa cum ar putea fi ea după ce scopul respectiv este atins. Imaginarul procesului este alcătuit din imaginarea numeroșilor pași care ar putea fi necesari pentru a atinge acel scop. Pe parcursul acestor experiențe, sădiți sugestii și semnale posthipnotice. De exemplu, dacă vreți să slăbiți, ați urma acești trei pași:

1. Consolidați-vă experiențele de autohipnoză prin tehnici de respirație, relaxare și imagini. Simțiți-vă confortabil în interior și în exterior. Țineți ochii închiși, dar simțiți-vă complet deschiși la nivel interior. Acordați-vă în fiecare zi

timpul necesar (chiar și cinci minute) pentru a fi complet dedicat atingerii succesului interior și exterior.

2. Imaginarul rezultatelor: folosiți deschiderea asociată cu experiența autohipnozei pentru a vă imagina, cu toate cele șapte simțuri, ce anume veți simți cînd veți avea greutatea pe care v-o doriți și veți arăta așa cum vreți. Gîndiți-vă în detaliu cum vă vor veni hainele, cum veți face cu ușurință sport, veți socializa cu încredere și vă veți accepta necondiționat cînd veți fi singur. Imaginați-vă că ați scăpat complet de problema veche, nedorită și că sînteți în acord cu autoîngrijirea pe care v-o acordați, în interior și în exterior. Puteți crea sugestii posthipnotice precum admirarea apusului și sentimentul de satisfacție deplină, la fel cum fiecare apus va fi o ocazie de a accepta schimbarea.
3. Imaginarul procesului: folosiți deschiderea facilitată de experiența autohipnozei pentru a vă imagina cu toate cele șapte simțuri fiecare dintre pașii pe care ați putea fi nevoit să-i parcurgeți pentru a vă atinge obiectivul de a slăbi și de a vă menține greutatea dorită. Formulați cu precizie mișcările pe care va trebui să le faceți. De exemplu, folosiți-vă simțurile pentru a fi prezent și proactiv pe drumul spre autodescoperire și autoîmbunătățire. Amintiți-vă să exersați respiratul mai lent, mîncatul fără grabă și să evoluați în ritmul dumneavoastră propriu. Imaginați-vă mai întîi (în timpul autohipnozei) cum vreți să vă odihniți în fiecare noapte și chiar ce anume vreți să visați. Alt pas ar fi să vă oferiți sugestii posthipnotice despre cum vă treziți dimineața relaxat și încrezător în dorința de a slăbi și de a vă menține așa. Apoi vă puteți folosi toate cele șapte simțuri pentru a exersa mersul, pentru a lua prînzul, cina

și gustările, pentru autohipnoză și pentru a diminua tensiunile de fiecare dată cînd expirați.

Aceasta este doar una dintre numeroasele abordări ale slăbitului prin autohipnoză, dar vă veți da seama că, dacă o exersați zilnic, veți simți o schimbare subtilă în decurs de șapte zile; veți simți că autoîngrijirea se îmbunătățește. Încercați apoi alt experiment. Acordați-vă tot cinci-șapte minute pe zi pentru a începe experiența autohipnozei și, pe lîngă utilizarea simțurilor și a sugestiilor posthipnotice, integrați această comunicare minte-corp și repetați următoarele fraze: „Mulțumesc că ai lucrat atît de bine cu mine în toți acești ani. Îmi pare rău că te-am ignorat. Dacă încerci să-mi spui ceva, acum dau dovadă de deschidere totală”. Repetați-le pe parcursul unui interval de timp echivalent cu cel în care ați practicat autohipnoza în prima săptămînă. Veți vedea că autohipnoza este un instrument neprețuit pentru autoîngrijire. După cum ar putea adăuga Erickson, „Veți fi plăcut surprins să descoperiți că inconștientul dumneavoastră este mai deștept decît dumneavoastră”.

Alte tehnici de inducție a autohipnozei

A învăța abordări ale autohipnozei și ale autoîngrijirii este ca și cum ați învăța alfabetul, mersul pe bicicletă, tehnoredactarea sau cum să aveți o relație sănătoasă. Este

nevoie de dedicare și răbdare, dar beneficiile sînt uriașe și faptul poate avea un impact pozitiv asupra a tot ceea ce faceți. În plus, metodele pot fi eficiente pentru toată lumea.

Mai întîi, inițiați autohipnoza cu ajutorul tehnicilor de respirație și de relaxare. Tehnicile următoare demonstrează cum este să aveți experiența acestei șanse de autoîngrijire prin care puteți crea schimbări pozitive.

1. Contați pe faptul că veți avea experiențe profunde și firești de autoîngrijire: autohipnoza este o metodă foarte blîndă, asemenea muzicii relaxante. Poate surveni cînd stați pur și simplu liniștit, în tăcere. Poate avea loc și cînd ascultați pe cineva atît de atent, încît vă dispar toate grijile și tensiunile. În timp ce se întîmplă acest lucru, vă cufundați în mod natural în interior.

Notați-vă cît timp ați vrea să dedicați exersării autohipnozei. Alegeți cinci minute sau oricît doriți. Apoi notați-vă obiectivul. Acesta poate fi să reinstituiți autohipnoza mai tîrziu sau să fiți mai relaxat în timpul unei prezentări la serviciu sau să controlați o durere. După un minut, începeți să numărați în gînd de la zero la 100 și apoi invers, de la 100 la zero. După ce terminați numărătoarea, stați pur și simplu în interiorul dumneavoastră, în intervalul de timp rămas. Perioada pe care o petreceți după ce terminați numărătoarea, cînd pur și simplu sînteți și atît, este experiența autohipnozei. După o săptămînă în care faceți asta de trei ori pe zi, vă veți bucura de experiența autohipnozei.

2. Relaxarea: concentrați-vă atenția conștientă asupra unui punct de pe perete. Nu vă gîndiți la nimic altceva din cameră sau de afară. Întindeți-vă sau așezați-vă cît mai

comod. Fiți deschis ideii de a avea încredere în persoana în care aveți deja sau vreți să aveți încredere absolută – dumneavoastră. Acesta este un mesaj foarte important, deoarece mintea conștientă nu se va relaxa în absența încrederii. Ea va rămîne alertă, fiindcă vrea să se asigure că sînteți în siguranță. Pe măsură ce vă simțiți mai confortabil și vă relaxați, fiți atent la corpul dumneavoastră, începînd cu degetele de la picioare. Dacă simțiți vreo tensiune în zona piciorului, genunchiului ori stomacului sau oriunde altundeva, alinați-o, atingînd zona cu o mînă și spunînd: „Te rog, relaxează-te". Puteți spune asta în gînd sau în șoaptă și direct către respectiva parte a corpului. Continuați astfel pînă cînd ați parcurs întregul corp. Aduceți relaxarea înspre cap – și mențineți-vă privirea ațintită asupra punctului de pe perete. Puteți recunoaște ușor cînd vă aflați la limita dintre conștient și inconștient: fața vi se schimbă, pare și arată adormită, relaxată și calmă, iar în acel moment știți în adîncul dumneavoastră că relaxarea și autohipnoza sînt ca și cum ați fi în mijlocul unui apus sau al unui răsărit plin de culoare. În lumea exterioară, momentul apusului și al răsăritului sînt magice, transformă realitatea și se întîmplă zi de zi.

La fel, în lumea dumneavoastră interioară, puteți crea experiența autohipnozei ori de cîte ori doriți, planificîndu-vă astfel propriile inspirații și schimbări, reflectînd potențialul naturii în acțiune. Vă adresați către sine folosind cuvintele: „Vin visele... vin visele liniștitoare... Ajung la o odihnă la care rareori am ajuns înainte". Asta poate continua timp de două, trei sau cel mult cinci

minute, după care ochii tind să vi se închidă. Asta înseamnă că traversați delimitarea. Vă spuneți: „Alunec în vise și voi număra pînă la șapte. Cu fiecare număr, mă voi afunda tot mai mult în vis”. Și începeți să numărați, „Unu…” și repetați: „Visul devine mai profund. Doi… visul devine mai profund. Trei…”. La șapte vă opriți și spuneți: „Am ajuns încet la conștientul visător. Acum voi fi accesibil doar pentru mine însumi și pentru absolut nimeni sau nimic altceva. Acum singura comunicare cu lumea are loc prin mine, doar eu am nevoie să mă aud și să-mi răspund…”. Vă cufundați în experiența dumneavoastră. Apoi, după cîteva secunde, începeți să vă descrieți detaliat unde vă aflați. Poate că ați călătorit în timp, poate sînteți într-un loc frumos pe care nu l-ați mai văzut înainte, poate sînteți singur sau alături de alții, făcînd ceva ce vă place cu adevărat. Răspundeți-vă detaliat, descriind unde sînteți. Vă puteți înregistra, pentru a avea posibilitatea de a vă asculta oricînd doriți.

Procesul trebuie repetat de multe ori, deoarece aceasta este dovada; inconștientul va crea mereu vise pentru dumneavoastră care vă vor ajuta să vă înțelegeți în moduri semnificative. Veți învăța cum să fiți un fin observator și maestrul evoluției dumneavoastră umane. Apoi puteți observa cu înțelepciune și vă puteți pune întrebări despre direcția dumneavoastră principală. Poate că cel mai important mesaj despre autohipnoză și despre schimbările pozitive la care lucrați în viața dumneavoastră este acela că drumul în sine este scopul.

3. Adăugați mai multă lumină de-a lungul căii dumneavoastră: izolați cît mai mult încăperea de exterior. Stingeți luminile,

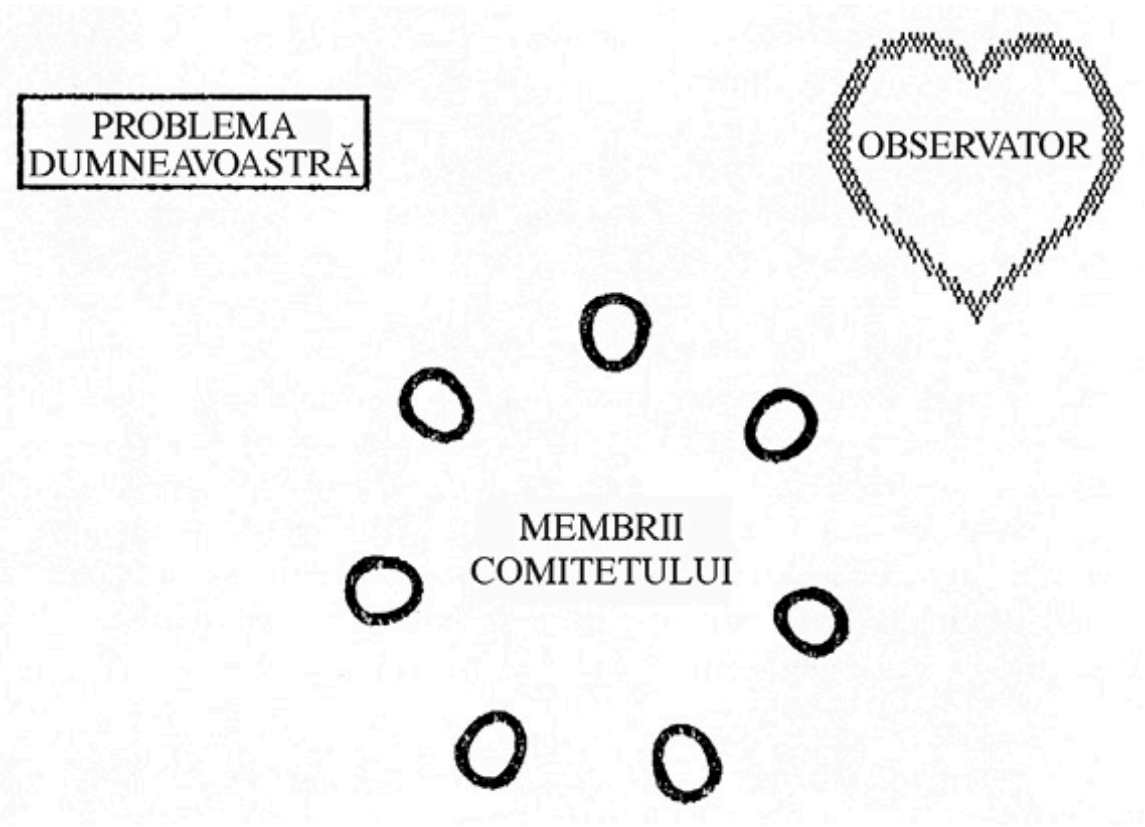
trageți draperiile și faceți întuneric complet. Aprindeți o lumînare mică și puneți-o în fața ochilor. Apoi, fără să clipiți, uitați-vă la flacără și gîndiți-vă că plutiți într-un vis, că visați. Vă va cuprinde o stare de relaxare visătoare – îngăduiți-i acestui gînd să plutească înăuntru (în timp ce continuați să priviți lumînarea și lăsați gîndul să existe acolo, asemenea unui nor alb și pufos care zăbovește deasupra dumneavoastră). Alunecați înspre vis, deveniți una cu visul. Cînd se întîmplă asta, spuneți-vă în gînd: „Plutesc înspre vis. Visul se apropie. Membrele mi se relaxează". Veți sesiza imediat o schimbare subtilă, iar în decurs de trei minute veți simți cum corpul vi se relaxează mai mult. În orice moment puteți pluti înspre vis. Pleoapele vi se îngreunează și devine dificil să priviți lumînarea. Ochii dau să vi se închidă. Totul devine relaxat și greu. Acum puteți simți cum este autohipnoza; sînteți mai visător, intrați într-o stare sigură de conștientizare inconștientă și deveniți foarte confortabil cu sine. Simțiți mișcarea. Simțiți ce se întîmplă. În decurs de șapte zile veți ajunge la punctul în care vă veți simți mai relaxat și mai în armonie cu sine, pe măsură ce respirația relaxată devine o componentă permanentă a experienței dumneavoastră.

Veți ști dacă ați avut succes cînd veți observa că vă puteți relaxa mult mai ușor: cînd corpul se simte cald, ușor și mai calm în timpul autohipnozei, iar în viața de zi cu zi, cînd nu vă mai pasă cît timp petreceți autoîngrijindu-vă, cînd aveți mintea mai limpede, cînd simțiți că puteți conta pe dumneavoastră mai des și cînd sînteți mai capabil să participați la dezvoltarea proprie. Așadar, oricare ar fi

obiectivele dumneavoastră, țineți minte că lucrurile se întîmplă mai întîi în interior, apoi în exterior.

Cea mai importantă tehnică de autohipnoză pentru crearea schimbării

Abordarea autohipnozei pe care eu o recomand pentru lucrul cu rezistența conștientă, subconștientă sau inconștientă este următoarea: scrieți pe o bucată de hîrtie problema la care lucrați acum. Apoi scrieți și încercuiți un cuvînt sau o sintagmă care descrie cum vă simțiți în raport cu problema respectivă. De exemplu, puteți scrie în cerc „frustrat”. Apoi puteți scrie cuvîntul „confuz” în al doilea cerc. În al treilea cerc puteți scrie cuvîntul „optimist”. Continuați astfel pînă aveți tot atîtea cercuri cîte sentimente, gînduri sau îngrijorări vă inspiră situația dumneavoastră. La sfîrșit, scrieți în susul paginii cuvîntul „observator”. În acest punct, sînteți aproape gata să începeți experiența autohipnozei. Aceasta va fi diferită de experiențele dumneavoastră anterioare în mai multe moduri: (1) efectuarea ei vă va lua între 30 și 60 de minute; (2) veți scrie cu ochii închiși și cu mîna nedominantă dacă vreți; (3) veți ține ochii închiși în cea mai mare parte din timp și îi veți deschide foarte puțin, cît va fi nevoie, pentru a citi ce sentiment ați numit în fiecare cerc; (4) pe parcursul auto-hipnozei, veți găsi soluții care vă vor ajuta imediat, dar și în viitor.



Abordarea va fi efectuată în șase pași.

1. Scrieți-vă problema pe o foaie de hîrtie.
2. Într-un cuvînt sau o sintagmă, scrieți cum vă simțiți în privința problemei (numesc aceste cuvinte „membrii comitetului”).
3. Scrieți cum trăiți experiența observatorului (numesc aceasta „vocea președintelui” sau „vocea interioară”).
4. Utilizați tehnici de respirație și de relaxare.
5. Scrieți cu ochii închiși tot ce simte fiecare dintre membrii comitetului cu privire la problemă (cu mîna dominantă și cu mîna nedominantă). Urmărim astfel să acceptați și să exprimați sentimentele fiecărui membru al comitetului, fără a judeca și fără nici o dorință de schimbare.
6. Doar după ce fiecare dintre membrii comitetului s-a exprimat în totalitate, cu un sentiment de deschidere și

acceptare, veți reuși să găsiți, din perspectiva dumneavoastră de observator, cea mai bună soluție a problemei.

După ce ați efectuat pașii 1 și 2, sînteți gata să treceți la pasul 3 (cel mai important). În continuare, alături de cuvîntul „observator”, creați-vă propria versiune a perspectivei observatorului. Închideți ochii și faceți ceea ce urmează. Puteți desena un deal sau un munte, un avion, o verandă sau un balcon sau orice vă induce experiența privitului și observării de la o distanță confortabilă. Avînd încă ochii închiși, scrieți cu mîna dominantă o descriere a experienței de a observa lucrurile dintr-o perspectivă sigură și confortabilă. Alternați mîna dominantă cu cea nedominantă, desenînd și scriind orice doriți despre experiența de observator. Nu vă grăbiți, fiindcă asta va fi foarte util acum și probabil pentru restul vieții dumneavoastră, sub aspectul îngrijirii sinelui și al autohipnozei. Niciodată nu se poate spune că faceți prea des acest lucru.

Fiți inteligent, harnic și deschis în privința tuturor activităților de autohipnoză ale fiecărui membru de comitet, deoarece veți descoperi în curînd că majoritatea oamenilor se blochează la nivelul comitetelor lor. Foarte puțini învață ceea ce învățați dumneavoastră acum și, pe parcursul oricărei încercări de a-și rezolva problemele, trec de la un membru al comitetului la altul. Cîștigă cine vorbește cel mai tare. Alții sînt atît de relaxați și de absenți, încît se blochează la nivelul observatorului. Dar dumneavoastră învățați acum să fiți întreg și sănătos și dedicat în totalitate acestei abordări, să dați dovadă de acceptare și de deschidere, în timp ce le permiteți membrilor comitetului (sentimentelor) să se

exprime, apoi adoptați perspectiva observatorului, pentru a rezolva orice problemă dispunînd de potențialul dumneavoastră maxim. Puteți considera că aceasta este puntea dintre conștientul și inconștientul dumneavoastră.

Cînd sînteți pregătiți pentru pasul 4, puteți începe tehnicile de respirație, relaxare și tehnicile imaginilor. Faceți asta pînă ce vă simțiți relaxat și deschis în interior.

Al cincilea pas constă în a scrie, cu ochii închiși, ce simte fiecare dintre membrii comitetului cu privire la problema cu care vă confruntați. Este foarte important să știți mereu că, dacă vreți să încetiniți sau să vă opriți, nu trebuie decît să vă reluați perspectiva de observator și să priviți lucrurile de sus, dintr-o perspectivă sigură. Astfel veți dobîndi autocontrolul necesar pentru a intra sau a ieși din ședința de comitet oricînd doriți. Vă puteți închipui ședința de comitet drept un cerc de prieteni care vorbesc pe rînd, iar observatorul îi privește de sus, de pe deal, cu compasiune și dispus să vă ofere cea mai bună rezolvare posibilă, după ce a auzit ce are de spus fiecare. A-i asculta constă, de fapt, în ceea ce scrieți pentru fiecare în parte.

Din experiența mea în predarea acestei tehnici, nu scăpăm de nici unul dintre membrii comitetului. Ei ne sînt alături de ani de zile, încearcă să ne ajute să cooperăm cu problemele noastre cît de bine putem. În plus, nu vrem să scăpăm de ei, fiindcă fiecare are o latură opusă pe care poate fi foarte bine să o cunoaștem. După ce învățați să conștientizați și să acceptați care membru al comitetului trebuie să se exprime și după ce adoptați perspectiva observatorului, veți reuși să vă bucurați de cele mai bune soluții zi de zi, oriunde mergeți.

Al șaselea și cel din urmă pas vine după ce ați exprimat sentimentele fiecărui membru al comitetului, folosindu-vă mîna dominantă și pe cea nedominantă. Imaginați-vă apoi în postura observatorului; sînteți relaxat și prietenos cu toți membrii comitetului. Din perspectiva observatorului, sînteți gata să notați soluțiile cele mai bune la problemele care vă macină. Poate fi util să citiți toate sentimentele membrilor comitetului sau poate că le țineți minte. Cel mai important, după ce exprimați sentimentele, este să mergeți sus, la observator, și, cu ochii închiși, folosindu-vă mîna dominantă și pe cea nedominantă, să scrieți cea mai bună soluție a problemei. Puteți folosi această abordare pentru rezolvarea problemelor prin autohipnoză în orice situație și puteți învăța să o aplicați fără hîrtie, doar mental. Fără îndoială, veți fi plăcut surprins de ceea ce sînteți capabil!

Toți sîntem capabili de diverse emoții. Ele vin și pleacă, asemenea norilor de pe cer. Nu scăpăm de emoții și de membrii comitetului. Am putea pierde mult timp, chiar o viață întreagă, încercînd să nu simțim ceva sau să suprimăm sentimente pe care nu vrem să le avem. Soluția este să acceptați acele sentimente, să le exprimați, apoi să adoptați perspectiva observatorului și să găsiți soluția (soluțiile) cea mai bună (cele mai bune).

Cu siguranță v-ați întrebat de unde provine autosabotajul dumneavoastră, sau sinele dependent, sau sinele frustrat sexual, sau nevoia de a fugi de unele lucruri; toți sînt membri ai comitetului. Oamenii despre care citiți că fac acte de cruzime sau acte nebunești sînt persoane blocate la nivelul comitetului. Toți avem componente nebunești sau chiar pline de cruzime, iar dacă le suprimăm devin și mai puternice.

Încercarea de a nu le simți le face și mai dificil de gestionat. Soluțiile sînt acceptarea, exprimarea și găsirea propriei dumneavoastră rezolvări optime, din perspectiva observatorului. Firește, cu cît devine mai sănătoasă autoîngrijirea noastră, cu atît sînt mai ușor de gestionat membrii comitetului, transformîndu-se chiar în aspecte pozitive, de ajutor vieții noastre cotidiene.

Pașii elementari pentru a învăța să predați autohipnoza

- Studiați strategiile utilizării ale lui Milton Erickson.
- Studiați abordările lui Erickson care pun accent pe individualizarea tehnicilor, astfel încît să-i fie adecvate persoanei.
- Continuați să învățați despre diverse tehnici de relaxare, meditație, autoîngrijire și autohipnoză, pentru a avea experiența liniștirii.
- Continuați să practicați abordările descrise în acest capitol, pentru a putea preda din proprie experiență, încurajîndu-i pe cei cu care lucrați să-și însușească la rîndul lor cunoștințe din propriile lor experiențe.

Cum să utilizați autohipnoza

► Relaxați-vă zilnic timp de cîteva momente folosind autohipnoza.

► Concentrați-vă atenția asupra respirației, ca semnal posthipnotic pentru a vă reinstitui relaxarea și autohipnoza.

► Cultivați-vă abilitatea de a vă observa propriile dispoziții, gîndurile și corpul.

► Țineți „întruniri de comitet" ori de cîte ori trebuie să rezolvați o problemă.

► Continuați să vă cultivați acceptarea necondiționată a propriei persoane și a celorlalți.

► Bucurați-vă de prezent, avînd o perspectivă optimistă asupra viitorului.

► Nu uitați, călătoria în sine este scopul.

Lecturi recomandate

Alman, B. (1994). *Thin meditations*. San Diego: International Health Publications.

Alman, B. (1996). *The six steps to freedom*. San Diego: International Health Publications.

Alman, B., Lambrou, P. (1992). *Self-hypnosis*. New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M.H. (1967). În J. Haley (ed.), *Advanced techniques of hypnosis and therapy*. New York: Grune & Stratton.

Erickson, M.H. (1983). În E.L. Rossi, M.O. Ryan, F.A. Sharp (eds.), *Healing in hypnosis*, vol. I. New York: Irvington.

Erickson, M.H. (1989). *The February man*. New York: Brunner/Mazel.

Erickson, M.H., Rossi, E., Rossi, S. (1976). *Hypnotic realities*. New York: Irvington.

Capitolul 36

Utilizarea relației în hipnoterapie[1]

Dirk Revenstorf

Niveluri ale transei hipnotice

Schimbările cognitive au loc în diferite stări de transă. Unele dintre aceste schimbări cognitive sînt procese *active*, de exemplu, trezirea, imaginarul și procesele de căutare în vederea recuperării amintirilor asociate într-un fel sau altul cu problema. Altele sînt procese *receptive*, cum ar fi sugestiile de scanare, fără evaluare critică. În plus, vindecarea nespecifică poate surveni cînd persoana reacționează în mod holistic și adaptat la o experiență de transă nestructurată, poate chiar indusă nonverbal. În sfîrșit, uneori persoana se simte copleșită de sugestiile care îi contrazic valorile, astfel că poate da dovadă de *rezistență pasivă*. Chiar și această stare poate fi utilizată pentru a facilita experiențe de transă și pentru a crea soluții.

Pentru a înțelege hipnoterapia este util să diferențiem cîteva aspecte ale transei, dintre care unele sînt asociate între ele în mod ierarhic, adică se bazează unul pe altul (Hall, 1989).

1. *Relaxarea fiziologică* poate fi indusă prin ascultarea unei înregistrări, prin training autogenic sau prin meditație. Nu este nevoie de un terapeut. Relaxarea poate induce o stare internă armonioasă, cu efecte pozitive asupra sistemului imunitar și, prin urmare, este sănătoasă în sine.
2. *Concentrarea* asupra unui stimul specific (de exemplu, fixarea cu privirea) sau a unei teme provoacă disocierea de alte componente ale mediului. Dacă ținta concentrării se află la nivel intern, imaginile sînt de obicei mai însuflețite decît într-o stare normală de veghe.
3. *Regresia* apare cu ușurință din cauza asimetriei evidente dintre rolul terapeutului și cel al pacientului. Terapeutul vorbește în maniera empatică a unei mame și cu autoritatea sugestivă a unui tată, în timp ce pacientul nu spune nimic mult timp. Prin urmare, poate proiecta cu ușurință o figură parentală asupra terapeutului. În această situație de transfer, îi încredințează controlul terapeutului și devine mai copilăros, adică mai sugestibil, mai flexibil și mai predispus la fantezii.
4. Activarea *transcendentală* este posibilă atunci cînd pacientul îi încredințează parțial terapeutului funcțiile de control asupra eului și supraeului, activînd astfel părți disociate ale personalității care transcend conștiința de zi cu zi. Acestea pot fi situații traumatizante sau componente neacceptate ale personalității, cum ar fi umbra sau animus/anima descrise de Jung.

5. Activarea *transpersonală* se referă la faptul că pacientul devine conștient de conținuturile care nu se bazează pe experiența personală directă, ci pe cunoașterea inconștientă colectivă (arhetipurile) pe care, conform lui Jung, le posedă fiecare persoană.

Ultimul aspect poate părea oarecum misterios și poate fi clarificat printr-un exemplu de caz.

> Iubita unui bărbat de 32 de ani care suferea de boala Hodgkin i-a cerut acestuia să se căsătorească cu ea. El nu era hotărît dacă să accepte sau nu. Nu era sigur dacă ar trebui să-și împovăreze iubita cu un soț atît de grav bolnav. Pe de altă parte, nu avea certitudinea că-și va mai găsi o altă iubită după ce se va fi vindecat. În transă, i s-a cerut să vizualizeze un consilier intern căruia îi putea cere sfatul. El a vizualizat un bătrîn ce avea o cîrjă episcopală. Pacientul a spus că nu putea relaționa cu această imagine fiindcă era ateu. Nici el, nici terapeutul nu puteau înțelege imaginea. Totuși, în noaptea următoare a visat aceeași imagine. A doua zi, în timp ce discutau visul, pacientului i-a venit ideea că acesta era apostolul Petru, care a devenit primul papă. Petru, desigur, a fost cel care s-a îndoit de Iisus („mai înainte de a cînta cocoșul, de trei ori te vei lepăda de Mine"). În același timp, Petru a fost stînca pe care a fost întemeiată apoi Biserica Creștină. Înțelegînd acestea, pacientul a decis să se căsătorească imediat cu iubita lui.

Este foarte important ca terapeutul să fie conștient de transferul care poate surveni în hipnoză drept consecință a regresiei rapide a pacientului. Transferul poate lua diverse

forme. Pe parcursul hipnozei, pacientul poate proiecta asupra terapeutului un părinte iubitor, o figură înzestrată cu autoritate, o persoană cu puteri magice sau o figură morală asemenea unui supraeu. Conform lui Roustang (citat în Zindel, 1996), trebuie făcută distincția între faza inducției și starea de transă propriu-zisă. Transferul are loc doar pe parcursul inducției, în timp ce o relație cu adevărat apropiată între pacient și terapeut se formează în timpul transei. În plus, folosind mecanismele regresive ale pacientului, terapeutul poate deveni un agent influent al schimbării – sugerînd modificări de comportament și atitudine (sugestie directă), ajutînd pacientul să depășească eșecuri în experiențele relaționale din trecut (de exemplu, prin a nu-l face pe pacient să se simtă neajutorat cînd acesta renunță la control) și corectînd îndoctrinările false, cum ar fi valorile absente sau ambigue care nu au fost transmise în mod adecvat de către părinți. De asemenea, terapeutul poate fi un model de urmat pentru pacient, acesta din urmă putîndu-se asocia cu abilitățile proiectate ale terapeutului. Astfel de proiecții pot include componente erotice, care nu trebuie interpretate greșit.

Terapeutul ar trebui să fie conștient de posibilitatea proiecțiilor negative, cum ar fi teama, supunerea masochistă și rezistența pasiv-agresivă, care survin, de exemplu, cînd pacientul este incapabil să intre în transă sau să iasă din transă. Ambele situații necesită intervenții speciale ale terapeutului.

Decizii în hipnoterapia centrată pe soluții

Tratamentul orientat spre simptome

Terapeutul trebuie să decidă care tratament va fi cel mai eficient în cazul unui anumit simptom. În primul rînd, acesta trebuie să stabilească dacă beneficiul secundar este un factor important în menținerea unui simptom. Dacă nu este cazul, terapeutul poate trece la tratarea problemei la nivel de simptom. Aceasta înseamnă facilitarea schimbării în cadrul unor fenomene somatice precum durerea, negii, herpesul sau problemele de circulație (de exemplu, sindromul Renaud) folosind tehnici de vizualizare specifice care promovează procesele relevante de vindecare. De exemplu, pacientul își poate imagina activarea sistemului imunitar, îndemnîndu-și leucocitele să se apropie de locul infecției.

Tratamentul orientat spre conflicte

Procedura diferă cînd simptomul pare să aibă o funcție psihologică – fie aceasta avantajul primar, secundar sau un stil interacțional bine fundamentat, care determină persoana să se simtă în largul ei într-un context social. Pacientul poate avea durere cronică, de exemplu, care să fie cauzată de un accident, iar la aceasta să se fi adăugat ulterior rușine, vinovăție sau mînie, care să-și aibă originea tot în accident. Dacă pacientul nu a avut nici o modalitate de a-și exprima acele sentimente, și le poate exprima acum, prin intermediul

durerii. Același lucru poate fi valabil și în cazul paraliziei isterice. În aceste cazuri, hipnoterapia poate releva trauma sau conflictul originar și poate oferi o soluție, de exemplu, a adăuga prin reconstrucția hipnotică ceva ce lipsea în realitate. Aceasta poate fi o fantezie prin care o parte din mînia, tristețea sau orice emoție a fost blocată în momentul evenimentului traumatic este eliberată. De asemenea, poate fi recontextualizarea unei situații aparent copleșitoare, adăugînd comentarii proprii, comentarii ale sinelui adult sau ale unei terțe părți respectate.

Procedura explicită

Fie că tratează simptomul sau conflictul, hipnoterapeutul trebuie să decidă dacă există sau nu o procedură explicită care poate fi folosită pentru a atinge obiectivul terapeutic dorit. De exemplu, o fobie poate fi tratată la nivel de simptom reasociindu-i o resursă, cu alte cuvinte, prin evocarea unei amintiri care îi permite pacientului să facă față situației fobice. Acest lucru se poate realiza utilizînd o tehnică numită „prăbușirea ancorelor”, o procedură asemănătoare cu desensibilizarea, ori tratamentul poate trece la nivelul conflictual: flashbackurile unei scene traumatizante care cauzează reacția fobică pot fi tratate reactivînd evenimentul traumatic și ameliorînd apoi impactul emoțional prin implementarea reconstrucției corective. De exemplu, o femeie care în copilărie a fost abuzată de bunicul ei în cotețul găinilor a inventat următoarea fantezie hipnotică în timp ce reconstruia acest eveniment: și-a vizualizat bunicul arătîndu-i

organele sexuale în coteț, în timp ce bunica ei îl împungea cu o furcă.

Procedura implicită

În unele cazuri nu sînt disponibile obiective sau proceduri clare. De exemplu, cînd se confruntă cu probleme privind luarea deciziilor („Să renunț sau nu la fumat?”) sau cu procese de vindecare insuficient înțelese (cum ar fi o depresie reactivă sau cancer), terapeutul poate apela la înțelepciunea inconștientă a pacientului. Pot fi utilizate două abordări: cea divergentă și cea convergentă. În cadrul abordării divergente, terapeutul folosește metafore care inițiază procesele interne de căutare. De exemplu, unei persoane obeze îi poate fi descrisă metamorfoza unei insecte din omidă în pupă și apoi în fluture. Modul în care aceasta folosește imaginea este lăsată în seama procesării informațiilor de către inconștientul pacientului. Efectul precis al metaforei nu îi este cunoscut terapeutului, dar, cel mai probabil, lansează procesele de gîndire asociativă ale pacientului, care pot fi urmate de o schimbare de atitudine sau de comportament. Eficiența metaforelor depinde în mare măsură de cît de pregătit este pacientul și de starea sa de receptivitate sporită, asigurată de terapeut prin inducția transei.

Într-o abordare convergentă a problemei, pacientul poate fi ghidat să-și folosească cunoștințele tacite, printr-o serie de mișcări ideomotorii. De exemplu, pacientului îi pot fi adresate o serie de întrebări vizînd informații relevante pentru

problemă, folosind tehnica „abordării mîinii” a lui Rossi. Aceste opțiuni strategice sînt rezumate în tabelul 36.1.

Analiza relației

Cea mai distinctă trăsătură a hipnoterapiei este combinația de abordări centrate pe soluții și abordări centrate pe relații. După cum am menționat, hipnoterapia impune o situație solidă de transfer în care pacientului i se permite să proiecteze diverse aspecte paterne și materne asupra terapeutului. De asemenea, mai poate proiecta o figură abuzivă, cauzînd astfel un transfer negativ și reactivînd experiențe traumatice (cum se întîmplă uneori fără să vrem în starea de hipnoză). Terapeutul trebuie să fie conștient de această posibilitate și să-și ia precauții adecvate.

Tabelul 36.1.
Decizii de intervenție

A. Strategii Centrate pe simptome (de exemplu, eliminarea durerii, a negilor) sau Centrate pe funcție (de exemplu, identificarea cauzei traumatice a durerii cronice) B. Formă Explicit-directă (procedură structurată) sau Implicit-indirectă: Metaforic-sugestivă (dînd informații analoage) sau

Folosind informații tacite (întrebînd inconștientul)

C. Tactici
1. Imaginarea unui proces de vindecare (de exemplu, un flux de sînge spre negi).
2. Disocierea (de exemplu, modificarea senzațiilor de durere).
3. Asocierea (de exemplu, oferirea unei resurse pentru o situație fobică).
4. Recontextualizarea (de exemplu, conferirea unei noi semnificații unui simptom).
5. Reconstrucția (de exemplu, „editarea” unei traume).
6. Inițierea căutării interne (de exemplu, prin intermediul anecdotelor).
7. Sugestia directă vizînd schimbarea.

Cînd se așteaptă la transfer negativ sau la rezistență, terapeutul poate folosi inducția transei, cum propune Zindel (1996). Acesta îi sugerează pacientului că brațul său trebuie să învețe să leviteze. Asemenea unui copil care are nevoie de ajutorul unui părinte ca să învețe să stea în picioare, brațul (copilul) are nevoie de ajutorul minții voluntare, conștiente (părintele), ca să învețe să leviteze. Dacă părintele îi oferă prea mult ajutor, copilul nu va avea niciodată sentimentul că realizează ceva singur și nu va învăța să devină independent de părinte. Același lucru este valabil pentru braț și pentru sprijinul pe care i-l acordă mintea conștientă în procesul levitației. Dacă un părinte oferă sprijin insuficient, copilul nu va învăța să stea în picioare și, în consecință, va renunța. Prin urmare, pacientul trebuie să reducă treptat sprijinul conștient acordat brațului, pînă ce brațul se susține în sfîrșit singur. Procedura îl ghidează pe pacient să-și perceapă propria rezistență sau hiperdependență nu în relație cu terapeutul, ci între braț și mintea conștientă (ca părinte). Astfel, el își poate reactiva propria experiență din copilărie și, concomitent, poate trăi și răspunsul parental. Terapeutul este eliberat de transferul negativ și poate acționa în calitate de părinte bun, oferind instrucțiuni adecvate fie pentru a micșora, fie pentru a

mări sprijinul conștient pînă ce levitarea este realizată cu succes.

La nivelul relației, terapeutul analizează tiparele interacționale pe care pacientul încearcă inconștient să le creeze (R1 în tabelul 36.2). Pentru a realiza acest lucru, terapeutul poate folosi o varietate de modele: stiluri nonverbale, tipuri de comunicare sau structura caracterului. În *stilul nonverbal*, terapeutul poate începe prin a observa modurile preferate de percepție utilizate de pacient (vizual, auditiv sau tactil): dacă procesele sale de atenție sînt concentrate sau difuze; dacă pacientul este predominant un represiv, un sensibilizator sau un recipient în ceea ce privește exprimarea emoțiilor; dacă acesta preferă să renunțe sau să-și asume controlul social, este sfidător sau supus și așa mai departe (Zeig, comunicare personală).

Sub aspectul *tipului de comunicare*, terapeutul poate începe prin a identifica pe care dintre cele patru tipuri de reglementare a stimei de sine le manifestă pacientul, conform ipotezei lui Satir, care a descoperit că persoanele pot fi diferențiate prin tipare de acuzare, armonizare, raționalizare sau difuzare în cadrul relațiilor. Aceste categorii de comunicare sînt derivate îndeosebi din observarea comportamentului nonverbal, fără întrebări directe.

Alt sistem pe care îl poate utiliza terapeutul pentru a analiza tiparele de interacțiune implică *structurile caracterului*, elaborate de Reich (1969), Pierrakos (1990), Kurtz (1983) și alți specialiști în terapie corporală. Aceste structuri ale caracterului se bazează în mare parte pe observarea posturii corporale și oferă diagnostice precum caracterul schizoid, oral (dependent și compensat), masochist, psihopat

(seducător și agresiv) și cel cu structuri rigide (falic și isteric). Terapeutul mai poate folosi și clasificările din cadrul Axei II ale tulburărilor de personalitate, din ediția a patra a *Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale* (*DSM*-IV).

Aceste observații pot conduce la ritmarea reacțiilor de către terapeut. De exemplu, un pacient cu stil de atenție difuz nu trebuie silit să-și concentreze atenția. Unui pacient care își dorește control social ar trebui să i se ofere alternative. Pacientul sfidător ar trebui să primească o sugestie paradoxală („Dumneavoastră, probabil, nu veți avea succes imediat"). La nivelul comunicării, terapeutul poate impune ritmul acuzator, de exemplu, arătîndu-se impresionat de capacitatea critică a pacientului, sau raționalizatorul poate fi confruntat în arena realităților, lăsîndu-i-se neatinsă vulnerabilitatea emoțională. La nivelul caracterului, schizoidului i se va acorda o distanță sigură, dar și contact demn de încredere, tipul oral dependent va primi sprijin, psihopatului seducător i se poate da de înțeles că terapeutul este fermecat și așa mai departe. Printr-o astfel de ritmare a pacientului, terapeutul stabilește un raport și facilitează regresia și transferul, evitînd totodată contratransferul.

Tabelul 36.2.
Două niveluri de comunicare în hipnoterapie (schemă generală)

Prezentarea problemei		
Nivelul soluției	Nivelul relației	
S1: Analiza problemei	Analiza interacțiunii (observare)	R1

S2: Anamneza (în transă)	Ritmare Stabilirea unui raport (sugestie indirectă)	R2
S3: Definirea obiectivului	Definire (observare) Deficit evolutiv	R3
S4: Intervenție (în transă) vizînd schimbarea	Utilizarea transferului (în transă)	R4
S5: Menținerea	Dizolvarea transferului (în transă)	R5
Încheierea terapiei		

Hipnoterapia la nivelul soluției și al relației

Conștientizînd tiparele transferului, hipnoterapeutul poate începe pe două niveluri, străduindu-se să mobilizeze schimbarea la pacient. La nivelul soluției, el poate analiza problema împreună cu pacientul (S1), îi poate afla istoricul (S2) și poate defini un obiectiv (S3). Apoi terapeutul decide ce tip de strategie hipnoterapeutică (vezi tabelul 36.3) ar trebui folosit (S4) și are grijă ca pacientul să fie capabil să mențină schimbările comportamentale (S5).

Tabelul 36.3 prezintă un exemplu al interconectării acestor două niveluri de comunicare. Pacienta este o femeie de 35 de ani care suferă de dispareunie, adică durere și arsuri în timpul contactului sexual, care nu sînt cauzate de lubrifierea insuficientă. Istoricul ei dezvăluie că a fost abuzată emoțional de către bărbați în perioada adolescenței (S2): tatăl ei și fratele mai mare o tachinau frecvent în legătură cu mărimea sînilor ei, spunîndu-i că sînt mult prea mici ca să aibă nevoie de

sutien. Ea nu a devenit docilă sau deprimată, ci în schimb a început să urască bărbații și, inconștient, căuta ocazii să se răzbune. Cazul este oarecum asemănător cu povestea prințesei Turandot. (Turandot condamna bărbații la moarte dacă nu se ridicau la înălțimea așteptărilor ei. Una dintre strămoașele ei fusese violată de soldații invadatori.) Pacienta a avut multe relații, dar după o vreme ajungea să-și disprețuiască iubitul, îl considera plictisitor și refuza să aibă contacte sexuale cu el. Din aceste motive, bărbații se simțeau neajutorați și răniți. Obiectivul terapeutic (S3) era să fie ajutată să-și depășească ura față de bărbați. Intervenția (S4) a constat în reconstrucția hipnotică a abuzului emoțional la care a fost supusă de tatăl și de fratele ei.

Analiza comunicării (R1) conduce la diagnosticul interacțional de deficit evolutiv (R3). De exemplu, tipul schizoid suferă de instabilitate emoțională; tipul oral manifestă privare emoțională; tipul masochist se simte neacceptat pentru realizările sale; psihopatul nu a reușit să-și formeze o identitate adecvată din cauza presiunii parentale copleșitoare, iar tipul rigid a devenit obsesiv/compulsiv drept consecință a solicitărilor de a avea realizări și a lipsei atașamentului emoțional. Pe baza istoricului personal, oamenii își dezvoltă diverse mecanisme adaptative: schizoidul folosește strategii disociative, tipul cu compensație orală devine nesolicitant, în timp ce tipul oral dependent devine excesiv de solicitant, tipul masochist suportă, psihopatul folosește tactici agresive și seducătoare pentru a depăși dependența, tipul rigid evită contactul emoțional.

Tabelul 36.3.
Două niveluri de comunicare în hipnoterapie:
un exemplu de caz

Prezentarea problemei: *Durere la contactul sexual*		
Nivelul soluției	Nivelul relației	
S1: Analiza problemei *Bărbații devin plictisitori după un timp, pierderea libidoului (mulți parteneri).*	Nivelul interacțiunii *Flirt-dominare.*	R1
S2: Anamneza *Tatăl și fratele au umilit-o.*	Ritmarea *Să accepte flirtul; Să se opună dominării.*	R2
S3: Obiectivul *Să-și depășească ura față de bărbați.*	Deficit evolutiv *Seductiv-psihopatic* *(depășirea și răzbunarea pe dominația masculină).*	R3
S4: Intervenția *Reconstrucția traumei, catharsisul afectului.*	Utilizarea transferului *A fi un „tată bun”.* *Dominare fără abuz (în timpul transei).*	R4
S5: Menținerea *Revizuirea relației sexuale actuale.*	Dizolvarea transferului *Facilitarea dominării fără dispreț (prin folosirea metaforei în timpul transei).*	R5
Încheierea terapiei		

În acest caz, pe parcursul transei, terapeutul (bărbat) aplică intervenții care vizează rezolvarea problemei (S4). Concomitent, poate folosi transferul pozitiv, pentru a ajuta pacienta să-și revizuiască schemele de interacțiune. Bazîndu-se pe presupunerea că problema cu care se prezintă pacienta și stilul de comunicare sînt două fețe ale aceleiași monede, terapeutul poate modela interacțiunea hipnotică, permițîndu-i pacientei să lucreze la soluție în timp ce comportamentul lui compensează deficitele evolutive ale pacientei (R4). De exemplu, terapeutul îi poate descrie diferența dintre dragoste și abuz pacientei care a fost abuzată în copilărie, adoptînd

vocea unui părinte binevoitor (mai bun), ori poate crea în imaginația pacientei o figură parentală surogat, care se îngrijește de pacientă în așa fel încît să compenseze ce a ratat aceasta în copilărie. Un astfel de exemplu poate fi găsit în cazul „*Omul-Februarie*” al lui Erickson (Erickson și Rossi, 1979).

La nivelul interacțiunii, terapeutul se confruntă cu abordări de tipul flirtului din partea pacientei (R1). El reacționează bucurîndu-se de ele, dar, concomitent, evită să devină dependent de aprobarea acesteia, menținîndu-și însă interesul (R2). Cînd este considerat un deficit evolutiv, comportamentul ei poate fi diagnosticat drept un tip seducător de psihopatologie, o strategie de adaptare utilizată de pacientă pentru a nu se simți copleșită de bărbați (R3). Utilizînd transferul (R4), terapeutul încearcă, în timpul transei și în afara ei, să fie o figură paternă care o sprijină și o respectă.

O strategie de intervenție la nivel relațional a constat în a-i cere să aibă experiența inducției transei ținîndu-și ochii deschiși și să-i închidă cînd se simțea în siguranță. Ca să faciliteze cedarea ulterioară, terapeutul i-a propus să-și întoarcă palmele în sus – dar numai dacă se simțea în siguranță și dacă era sigură că nu va fi abuzată. După ce și-a întors palmele în sus, el i-a propus să se lase pe spate – dar numai după ce se simțea cu adevărat în siguranță. Acest procedeu urma să o ajute să tolereze o postură vulnerabilă fără să fie nevoie să se apere. Pentru a anihila transferul (R5), pacientei i s-a oferit ocazia să opună rezistență la deciziile terapeutului. Acest lucru a fost făcut în așa fel încît ea să poată avea experiența independenței, respectîndu-l totodată pe

terapeut, de exemplu, învățînd să pună capăt singură stării de transă.

Terapeutul se folosește de propria sa reacție emoțională la comportamentul pacientei pentru a determina tipul de relație pe care pacienta încearcă să-l stabilească inconștient. Astfel, el poate recunoaște structura caracterului și simte nevoile emoționale subiacente care au rezultat din deficitele evolutive. Pentru a folosi această informație, terapeutul trebuie să fie capabil să diferențieze propriile sale deficiențe evolutive de cele ale pacientului, aceasta fiind sursa reacției sale[2].

Transcriere de caz: fumătorul independent

În cazul următor, comunicarea hipnotică pe două niveluri prezentată anterior este descrisă mai detaliat. Pacientul, un medic de 43 de ani, este căsătorit și are un copil. Vrea să se lase de fumat. Deși nu este fumător înrăit (10-16 țigări pe zi), consideră că acest obicei este incompatibil cu meseria sa de specialist în domeniul sănătății; de asemenea, se plînge că tușește. Pe lîngă asta, soția lui vrea ca el să renunțe la fumat. El fumează după micul dejun, în timpul prînzului, cu colegii, după serviciu și seara, acasă. Fumează în primul rînd pentru a-și diminua stresul, pentru a deveni mai liniștit și, posibil, pentru a-și enerva soția. Pacientul este un bărbat prietenos și fățiș cooperant, interesat de folosirea hipnozei.

Intervenția hipnotică utilizată se bazează pe o procedură elaborată de Ulrich Freund (comunicare personală). Levitația mîinii a fost folosită ca o metaforă pentru a demonstra independența corpului și a minții pacientului. Mai întîi, a fost făcută să leviteze mîna stîngă, ca simbol al faptului că acum pacientul era „pe jumătate nefumător” (astfel se procedează cu cei care țin țigara în mîna dreaptă) și pentru a reprezenta sănătatea și dorința de a trăi. Metoda proiecției mamă-copil menționată anterior a fost folosită pentru a introduce ideea că obiectivul terapeutic al independenței (opus dependenței de fumat) are nevoie de sprijinul grijuliu al minții conștiente. După ce a realizat levitarea mîinii cu care nu fuma, terapeutul i-a sugerat mîinii cu care ținea țigara să-și demonstreze la rîndul ei independența. Deoarece levitația mîinii drepte survenea în ritm lent, a fost aplicată metoda „rezistenței”, prin care i s-a cerut pacientului să-și apese dosul mîinii în față, contra vîrfului degetului arătător al terapeutului, pentru a realiza un echilibru al puterii între cei doi. Încet, terapeutul a slăbit presiunea, astfel încît pacientul a oferit involuntar sprijinul necesar pentru a susține singur levitația.

După ce s-a obținut levitația mîinii drepte, între degetele pacientului a fost pusă o țigară, cu sugestia că degetele vor da drumul involuntar țigării cînd el va fi în mod inconștient dispus să renunțe la fumat. În acest interval, pacientului i s-au oferit o serie de sugestii directe obișnuite.

> Fumatul vă face bine, dar este toxic pentru corpul dumneavoastră. Trebuie să vă respectați corpul cîtă vreme doriți să trăiți. Mîna stîngă reprezintă dorința dumneavoastră de a trăi și de a fi sănătos, iar mîna dreaptă

reprezintă dorința dumneavoastră de a vă simți bine, de a vă relaxa și de a comunica cu alții. Mîna stîngă va extinde sentimentul de ușurătate către mîna dreaptă, în timp ce inconștientul dumneavoastră are o soluție pentru modul în care puteți combina ambele dorințe, fără să fumați.

De asemenea, i-au fost comunicate o serie de metafore integrate, după cum propun Lankton și Lankton (1989). Aceste metafore erau:

1. S-a spus o glumă despre o femeie care și-a amintit în transă că începuse să fumeze după ce soțul ei murise într-un accident (metafora confuziei).

Prizonierul Papillon aflat pe o insulă stîncoasă era o metaforă pentru comportamentul adictiv (metaforă cu rol de ritmare). Papillon a observat că fiecare al șaptelea val nu lovea stîncile și, prin urmare, îi oferea șansa să fugă de pe insulă.

Pe insulă era un indian bătrîn, iar Papillon i-a cerut sfatul (asemenea terapeutului, au unele trăsături comune). Rolul metaforei era de a ritma necesitățile adictive ale pacientului (metaforă cu rol de resursă).

Papillon a reușit să fugă de pe insulă (dependența) așteptînd momentul potrivit și avînd sprijinul consultantului (indian) (metaforă-soluție).

2. S-a spus o poveste despre un vultur care a fost crescut ca pui la o fermă. Mai tîrziu, un străin a vizitat ferma și a învățat vulturul să zboare. După ce a depășit o oarecare rezistență, acesta a zburat departe, dar, cine știe, poate că în cele din urmă avea să se căsătorească cu o găină

(metaforă de menținere, cu un element comic, cu rolul de a distrage atenția pacientului de la poveștile anterioare).

Pacientul a fost diagnosticat cu personalitate dependentă. Prin urmare, după întemeierea unui raport, i s-au oferit sugestii vizînd independența (de exemplu, independența brațului, independența de a pune capăt transei, independența degetelor, care pot da drumul țigării, independența de sugestiile terapeutului). Pacientului i-a fost greu să intre în transă, dar, cînd a fost reorientat după 45 de minute, a refuzat să iasă din transă. I s-a spus să nu se grăbească și a fost informat că, după un timp, terapeutul va număra pînă la 100 pentru a aprofunda transa. (Acest lucru avea rolul de a provoca rezistența și de a contribui la încheierea transei la momentul potrivit.) Fără ca terapeutul să mai intervină, pacientul a intrat într-o transă profundă, cu mîna dreaptă din nou în levitație și, în cele din urmă, a dat drumul țigării fără nici o sugestie. Apoi, reorientarea lui nu a pus probleme (numărătoare de la 3 la 1).

În general, transa a fost indusă în așa fel încît să i se permită pacientului să reziste la inducție, la sugestii și la reorientare, pentru a reuși de unul singur, devenind astfel mai independent. Ca sugestie posthipnotică, terapeutul i-a propus pacientului să-și amintească senzația de înțepenire a mîinii drepte ca indiciu al independenței ori de cîte ori dorea să aibă o dispoziție liniștită. Sub aspectul ratificării, pacientul a raportat că mîna stîngă îi amorțise, iar mîna dreaptă era țeapănă ca o scîndură. A estimat că prima parte a transei durase 30 de minute, în loc de 45, și că ultimele 15 minute păruseră 30 de minute. Își amintea doar vag poveștile, cu excepția celei dintîi. După transă se simțea bine, deși era puțin

obosit. Toate acestea au fost explicate ca fiind rezultatul întregii activități mentale pe care o desfășurase.

A doua zi a spus că a fumat doar jumătate din cantitatea obișnuită. Sarcina lui de lucru pentru acasă era să exerseze levitația uneia dintre mîini, o dată pe zi, după ce ținea țigara în mîna dreaptă și lăsa ca acea mînă să îi pară „țeapănă ca o scîndură". Terapeutul i-a explicat că-și poate verifica abilitățile hipnotice folosind testul rostogolirii ochilor al lui Spiegel. Deoarece pacientului, atunci cînd privea în sus, i se mai vedea doar albul ochilor imediat înainte ca pleoapele să i se închidă, s-a dovedit a fi un bun subiect al hipnozei.

Deficitul evolutiv și reparentingul hipnotic

Acest capitol are drept scop să prezinte ideea intervenției hipnotice care vizează reparentingul unui pacient, sub aspectul deficitului său evolutiv. Conform teoriei bioenergetice, frustrările elementare din prima copilărie fac persoana vulnerabilă la anumite tipuri de stres. Pentru a se proteja, copilul generează răspunsuri specifice, numite de obicei apărări. Structura caracterului sau personalitatea (tulburarea de personalitate) astfel creată poate fi descrisă sub forma unor scheme de interacțiune distincte care guvernează comportamentul unei persoane într-un mod adesea competent, dar și restrictiv. Această structură a caracterului poate fi detectată în postura corporală, în expresia facială și în stilul de comunicare manifestate de o persoană.

Aflat într-o stare regresivă, presupunînd un transfer pozitiv, pacientul este receptiv la sugestiile terapeutului, fapt care îi poate suplimenta schema interacțională. Pentru a crea sugestii terapeutice, terapeutul trebuie să ia în considerare tiparul fundamental de apărare al pacientului, reacția tipică pe care pacientul o generează altor persoane (contratransfer) și resursele oferite de structurile specifice de caracter manifestate predominant de către pacient. Pe baza acestor informații, terapeutul poate începe să alcătuiască strategii de ritmare. Altă strategie constă în preluarea apărărilor pacientului, provocînd astfel un impuls altminteri inhibat. Terapeutul mai poate oferi sugestii hipnotice de reparenting care să vizeze unele deficite manifestate de pacient în relațiile anterioare.

De exemplu, personalitatea schizoidă a trăit poate experiența respingerii foarte devreme în viață, lăsînd-o fără un spațiu propriu și cu sentimentul că nu are dreptul să existe. Inconștient, persoana decide să-și nege propriile necesități. Acest tip de personalitate poate fi recunoscut prin stilul de comunicare dezintegrat și disociativ. Schizoizii sînt extrem de sensibili la supraîncărcarea informațională și manifestă tendința de a evita contactul social. Strategiile elementare de supraviețuire sînt suprimarea impulsului, evitarea socială și detașarea. Contratransferul evocat de acest comportament este confuzia. Pe de altă parte, unele dintre resursele acestui tip de personalitate sînt o imaginație vie și o bună gîndire abstractă.

Folosind aceste informații, hipnoterapeutul îi poate impune pacientului un ritm, permițîndu-i să nu se grăbească și să mențină distanța de care are nevoie pentru a se simți

confortabil. Stabilind astfel un raport, terapeutul îi poate propune apoi pacientului să intre în transă, folosind tendința naturală a pacientului de a se interioriza, precum și imaginația sa vie. La început, terapeutul poate sugera ca pacientul să-și închidă ochii (ritmînd evitarea contactului vizual), iar apoi poate propune cu blîndețe ca acesta să rămînă în transă, ținînd ochii deschiși (îl determină pe pacient să mențină legătura). Terapeutul trebuie să evite excesul de informații și apropierea fizică prea mare. Cînd pacientul nu este în transă, terapeutul poate solicita permisiunea de a acoperi ochii pacientului sau de a-i restrînge mișcările brațului, pentru a surmonta mecanismele de apărare ale pacientului, evocînd și consolidînd astfel dorința de a reface contactul vizual și de a întinde brațul. În elaborarea sugestiilor de reparenting, terapeutul poate folosi o abordare directă, de exemplu, spunîndu-i pacientului: „Puteți să vă acordați oricît de mult timp doriți”, pe parcursul transei, ori poate folosi o abordare indirectă, menționînd anecdote sau metafore care descriu situația de a fi bine-venit.

Se presupune că personalitatea seducătoare, pentru a oferi un alt exemplu, a fost împiedicată să-și dezvolte identitatea. În cazul femeii descrise pe scurt mai sus (vezi tabelul 36.3), impedimentul identității a fost cauzat de tachinările din partea tatălui și a fratelui mai mare, care i-au subminat feminitatea – posibil pentru a se proteja pe ei înșiși de propriile lor impulsuri sexuale. În alte situații, răsfățul poate duce la negarea identității copilului. Dar, în ambele cazuri, copilul sau adolescentul se simte neacceptat și trebuie să pretindă că este altcineva pentru a fi acceptat de cei din jur. Prefăcîndu-se, persoana își menține un anumit grad de

independență, dar renunță la sentimentul de apartenență. Această pacientă a fost nevoită să-și mascheze necesitățile și să-și ascundă mînia de cei care au abuzat-o emoțional. Această structură a personalității este caracterizată adesea de un stil de comunicare care evită dedicarea. Strategia de supraviețuire constă în ascunderea intențiilor reale. Procedînd astfel, ea și-a sedus partenerii, determinîndu-i să cedeze cerințelor ei. Partea vulnerabilă a personalității seducătoare o reprezintă provocarea de a fi sincer. Resursa ei este șarmul continuu și fascinant.

O strategie de ritmare ar putea fi să o asigurăm că necesitățile și intențiile ei, mai ales nevoia de control, sînt acceptabile și nu vor fi negate sau pedepsite. În afara transei, surmontînd mecanismele de apărare ale pacientei, terapeutul îi poate sugera să fie mai sceptică și mai secretoasă cu privire la intențiile ei. Utilizarea terapeutică a relației ar putea consta în a o lăsa să aibă experiența siguranței în transă, pînă la punctul în care să îi cedeze controlul terapeutului. Mai precis, terapeutul poate sugera cît de relaxantă poate fi încrederea, că ei îi este bine așa cum este, că ea însăși e cea care decide să facă fiecare pas al dedicării sau acceptării. Terapeutul trebuie să fie deosebit de atent ca pacienta să îl perceapă drept companion binevoitor, care o respectă.

Al treilea exemplu ar fi structura masochistă. Se pare că realizările unei astfel de persoane nu au fost consolidate, deși aceasta a fost îndemnată să le realizeze. Deoarece agresivitatea față în față a fost cenzurată, persoana a învățat să apeleze la rezistența pasivă, pentru a nu risca să se atașeze; a decis în mod deschis să adopte acceptarea și siguranța, în loc de libertate și protest direct. Stilul ei de comunicare pare să fie

cooperant. Strategia de supraviețuire este rezistența pasivă, prin afirmații de tipul: „Da, dar...”. Partenerii se simt lesne frustrați și tind să o repeadă. Acesta este punctul vulnerabil pe care terapeutul trebuie să îl evite. Resursa ei este loialitatea: persoana este de încredere, atît timp cît nu este bruscată.

Strategia de ritmare constă în a-i sugera persoanei să nu se grăbească și să lucreze în ritmul său propriu. O modalitate de a surmonta mecanismele de apărare ale unei astfel de persoane ar fi să o suprasolicităm, aplicînd presiune asupra umerilor săi de sus în jos, ca să simtă impulsul de a se ridica în mod direct și de a-și exterioriza sentimentele. Utilizarea terapeutică a relației ar consta în a-i sugera masochistului să-și exprime criticile, să se opună fățiș și să se străduie să simtă că are libertatea de a respinge solicitările nelalocul lor. Mai precis, în starea receptivă de transă, terapeutul poate sugera că este bine să procedeze așa cum dorește.

Pe scurt, utilizarea relației hipnotice necesită strategii de intervenție diferite pentru tipuri interacționale diferite. În același mod, Mende (1998) evidențiază tipurile diferite de transfer pe care le poate manifesta pacientul față de hipnotizator, conform structurii personalității sale (Axa II, *DSM*-IV). El presupune că următoarele personaje sînt proiectate asupra terapeutului de către personalitatea depresivă, borderline, schizoidă, narcisistă, respectiv compulsivă: salvator, înger, chirurg, magician și dictator. Principiul fundamental al utilizării transei hipnotice la nivelul relației este adaptarea reacției terapeutului și a suplimentărilor sugerate la schema interacțională a pacientului. Aceasta se poate face detectînd vulnerabilitatea specifică a pacientului, surmontîndu-i mecanismele de

apărare, hrănindu-i necesitățile specifice și permițîndu-i să-și exprime impulsurile suprimate. Aceste metode de adaptare a comunicării hipnotice sînt independente de intervențiile de la nivelul soluției, cum ar fi ancorarea, reconstrucția sau disocierea.

Concluzii

Terapia acționează pe două niveluri: la nivelul problemei sau al simptomului și la nivelul personalității, structura care susține comportamentul sau simptomul problematic. Psihanaliștii cred că personalitatea poate fi vindecată cînd pacientul retrăiește, alături de terapeut, aspecte ale relațiilor din trecut și reușește să surmonteze acest transfer. Cu alte cuvinte, în cadrul relației pacient-terapeut se încearcă revizuirea unor părți ale schemei interacționale folosite de pacienți pentru a se autolimita.

Hipnoterapia oferă o șansă specială pentru o astfel de revizuire. În transă, pacientul tinde să regreseze într-o stare copilăroasă, printr-o decizie temporară de a-i încredința terapeutului controlul parțial. De asemenea, pacientul poate fi determinat să se întoarcă la experiențe din copilărie care au fost esențiale pentru formarea schemei sale interacționale. La nivelul soluției, terapeutul poate sugera, de exemplu, elemente care modifică o experiență traumatizantă în timpul reconstrucției acestor scene esențiale. Astfel, pacientul poate să retrăiască scena în imaginația sa, adăugînd comportamente

și recontextualizînd evenimente și acțiuni care pot reactiva emoții neexprimate, contribuind astfel la completarea unui Gestalt afectiv, de exemplu, abreacția mîniei într-o situație abuzivă sau traumatizantă.

Concomitent, terapeutul poate suplimenta sistemul de valori cu elemente care au fost absente pe parcursul perioadei formative, cum ar fi ideea că un părinte abuziv era bolnav. La nivelul relației, în general, pe lîngă oferirea intervențiilor centrate pe soluții, terapeutul are ocazia să folosească regresia pentru a remodela schemele interacționale ale pacientului. Datorită receptivității sale sporite în transă, pacientul poate accepta sugestii specifice care facilitează o schimbare la nivelul mecanismelor de apărare tipice, avînd permisiunea de a se exprima în mod diferit în decursul relației hipnotice. Se presupune că acest fapt contribuie la remedierea unor aspecte ale schemelor interacționale ale pacientului.

Bibliografie

Erickson, M.H., Rossi, E. (1979). *Hypnotherapy. An exploratory casebook*. New York: Irvington.

Hall, J.A. (1989). *Hypnosis. A Jungian perspective*. New York: Guilford.

Kurtz, R. (1983). *Hakomi therapy*. Boulder, CO: Hakomi Institute.

Lankton, C.H., Lankton, S.R. (1989). *Tales of enchantment. Goal-oriented, metaphors for adults and children in therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Lenk, W. (1993). Krebserkrankungen. În D. Revenstorf (ed.), *Klinische Hypnose* (pp. 358-375). Berlin: Springer.

Mende, M. (1998). Hypnotherapeutic responses to transference in the face of therapeutic change. *Hypnos*, 25, 130-149.

Pettigrew, L.S. (1979). The paradox game. Identifying and overcoming untenable interactions. *Simulation & Games*, 10, 359-383.

Pierrakos, J.C. (1990). *Core energetics. Developing the capacity to love and heal*. Mendocino, CA: Life Rhythm Publications.

Reich, W. (1969). *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen fiir Studierende und Analytiker*. Amsterdam: De Munter.

Satir, V. (1972). *People making*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Spiegel, D. (1988). Dissociation and hypnosis in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 17-33.

Zindel, J.P. (1996). Eine hypnoanalytische Methode zur aktiven Introjektion des Therapeuten bei tief gestorten Patienten. *Imagination*, 18, 29-47.

1. Autorul dorește să aducă mulțumiri Carmelei Latham și Izei Zalaman pentru că au citit acest capitol și au ajutat la traducerea lui.

2. Autorul dorește să-i mulțumească Riei Schnell pentru o discuție lămuritoare privind acest aspect.

Index*

abordare indirectă 52-53, 367. *Vezi și* sugestie indirectă: metafore, anecdote
abordare naturalistă/naturală 87, 135-138, 144, 194, 200-201, 212, 339
abordare sistemică a lui Milan 531
abordări centrate pe relații 598
abreacție 89, 222-223, 225-226, 611
absorbție 40-42
abuz de alcool 229, 269
    ca factor în hipnoză 97-99
    tratament 63-64, 383, 404
    tratament, exemple de caz 403
abuz de droguri/substanțe 87, 98, 165, 269-270
    abuz de substanțe, exemplu de caz 410-412
activare
    exemplu de caz 595-596
    transcendentală 595
    transpersonală 595
Activități Naturale Vindecătoare 566
adaptare 15
afecțiuni fizice 97, 214, 314-323
    vindecare medicală, exemplu de caz 316-322

Vezi și hipnoză, eliminarea simptomelor, managementul durerii
Alon, N. 365
Alzheimer, boala, exemplu de caz 343-346
amnezie 26, 48, 53, 90, 156-158, 205, 249, 289, 307, 364, 393, 399, 418
amplificarea performanței 415-423
concentrare relaxată 416
exemplu de caz 420-421
pașii intervenției 417-418
pseudopasivitate armonioasă 416
spontaneitate controlată 416
analgezie 26, 195, 306, 308, 393
analiză jungiană 116, 126
ancorare 315, 411-412, 610
anecdote (povești) 38, 43-45, 49-50, 134-135, 203, 342, 419, 527
anestezie. *Vezi* managementul durerii
anxietate 19-21, 53, 229, 243-256, 304, 392, 448, 451
abordare fracționată 252, 255
anxietate cronică, exemplu de caz 80-81
directive terapeutice 247-248
exemplu de caz 457-458
habituare 245, 250, 255
perturbarea tiparelor 251-253, 255
Vezi și tulburare obsesiv-compulsivă; tulburare de panică; afecțiuni psihosomatice
anxietate cronică, exemplu de caz 80-81
Araoz, D.L. 192, 463. *Vezi și* autohipnoză, negativ
aspecte legale 98-99, 177-189
Codul de Etică al Asociației Psihologilor Americani 185

consimțământ informat 183-186
sentințe antihipnoză
Arizona 186
Minnesota 183-184
sugestii și influență 186-189
autoeficiență 245, 255, 416
autohipnoză 434, 514, 574-582
autohipnoză negativă 481-482, 484
pași pentru a iniția autohipnoza 585-588
automutilare 269-270
autoterapie 479

Bandler, R. 250, 315, 411n, 463
Bandura, A. *Vezi* autoeficiență
Barber, J. 88, 135
Barber, T.X. 48, 51-52
Bateson, G. 463, 493
Beahrs, J. 366
Beck, Inventarul de depresie 263
Behrs, J.O. 118
Berg, I.K. 61, 260, 403-404
Bernheim, H. 112-113, 143, 338
biofeedback. *Vezi* principii psihobiologice
bîlbîială, exemple de caz 106, 523-527
boală cronică 294-303. *Vezi și* managementul durerii
boală psihosomatică 304-312, 405
etapele intervenției 308
exemple de cazuri 308-312
Vezi și managementul durerii
Boyd, H. 376

catalepsie 26, 43, 48
Centrul de Terapie Scurtă Familială 264
Cheek, D.B. 89, 93, 102, 105, 115-116
ciclu ultradian. *Vezi* principii psihobiologice
comenzi integrate 39, 42, 205
comportament iresponsabil, exemplu de caz 59-60
comunicare minte-corp. *Vezi* principii psihobiologice
concentrare relaxată. *Vezi* amplificarea performanței
concentrare terapeutică 450-451
condensare 493-494
consiliere impusă 372-389
    confruntare 387-389
    consolidare în cadrul grupului 385-387
    exemplu de caz 373-389
constrîngeri 249-250, 255-256. *Vezi și* constrîngeri duble
constrîngeri duble 249-250, 492. *Vezi și* constrîngeri
contextualizare pozitivă 462, 472-473
contextualizare/recontextualizare 51, 54, 245-246, 251-252, 280, 299, 306, 341-342, 386, 399, 407, 463, 597, 611
conștientizare treptată 90
contractul privind consecințele negative 529-531, 534
contratransfer 93, 120-121, 261, 596, 601-602, 608
cunoștințe despre autoîngrijire. *Vezi* populație vîrstnică

De Shazer, S. 260, 463, 520
decontextualizare experiențială 559-560
deghizare 52
dependență de jocuri de noroc, exemple de caz 528-532, 534-535

dependențe 402-413
abuz de substanțe, exemple de 410-412
pașii intervenției 408-409
perturbarea tiparelor 252, 403
Vezi și abuz de alcool
depresie 19-20, 44-45, 53, 85, 99-101, 260-280, 337, 448, 451
exemple de cazuri 28-29, 79-80, 100-101, 443-446, 487-488
Inventarul de depresie Beck 263
model diateză-stres 264
Programul de cercetare a tratamentului sinergetic al depresiei al Institutului Național de Sănătate Mentală 262
Scala Hamilton de evaluare a depresiei 263
Vezi și tendințe suicidare
desensibilizare 597
desensibilizare și reprocesare prin mișcări oculare (EMDR) 177, 453
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM*-IV) 261, 372, 564, 600, 610
diateză-stres, model. *Vezi* depresie
diminuarea forței ansamblului conștient 85
disociere 17, 36, 39, 43, 147, 204, 223-224, 226-227, 248, 359, 395, 399, 514, 594-595, 610. *Vezi și* managementul durerii
dispareunie, exemplu de caz 602-604
distorsiune temporală 248, 289, 341, 395
Dolan, Y. 48, 356-357
durere determinată de pierderi 224, 239, 330-333, 335, 338

eliminarea simptomului 98, 105-106
Ellis, A. 480

Erickson, B.A. 84
Erickson, K. 211-212
etichetare diagnostică 563
evaluare 15-31, 64, 94-99
    așteptări 19, 47, 50-52, 56, 337-338. *Vezi și* teoria așteptărilor
    ciclu permanent 30
    disponibilitate pentru tratament 17-18
    metode directe și indirecte 23-26, 55, 182, 419
    metode standardizate 16-17
    obiectivele tratamentului 27
    principii esențiale 16
    susceptibilitate la decompensare 96-98
    valori 23
    variabile asociate cu familia de origine 27
    variabile asociate cu pacientul 21-22, 48, 94-99, 284
    variabile asociate cu terapeutul 22, 49, 87-88, 90-95, 107-108
evoluția terapeutului 425-426, 438-440

fenomene hipnotice 19-21, 195, 200-201, 248-249, 289, 308. *Vezi și* progresie de vîrstă, regresie de vîrstă, analgezie, levitarea brațului, catalepsie, halucinații, orientare falsă în timp, distorsiune temporală
Fisch, R. 18, 62, 75, 448, 463
fobii 44, 243, 305. *Vezi și* anxietate
Frankl V. 326
Freud, S. 112-117, 119, 121, 127, 177, 493, 576
    fumat, exemple de caz 464-467, 604-607
Fundația Milton H. Erickson 39-40, 193, 196, 425
Furman, B. 520

Gallwey, W.T. *Vezi și* amplificarea performanței, concentrare relaxată
Gaston, L. 65
Geary, B.B. 20, 40. *Vezi și* inducție, modelul AVO
Gendlin, E. 450
generativitate. *Vezi* populație vîrstnică
genograme 508-509, 512
gestalt 284, 611
Gilligan, S. 48, 64, 135, 355, 365, 416, 443, 559. *Vezi și* modelul relațiilor cu sine
Goleman. D. *Vezi* inteligența emoțională
Gorton, B. 144
Grinder, J. 250, 315, 411n, 463

habituare. *Vezi* anxietate
Haley, Jay 21, 48, 74, 86-87, 106, 134, 178-179, 182, 193, 211, 254, 354, 461-463, 490-491, 508, 527-528. *Vezi și* terapie prin consecințe negative
halucinații 26, 103-105
  auditive 48
  negative 43, 249
  pozitive 43, 249
  vizuale 48
Hammerschlag, C. 559
Hartland, J. 74, 99
Hilgard, E.R. 16, 49-50, 105, 196, 293, 354
Hilgard, J. 105, 293
Hill, L.B. 115
hipermnezie 248, 289

hipnoză
activitate și pasivitate 143-145
caracteristici generale 75-77, 178-179, 182
caracteristicile transei 33-34, 56, 506-507, 594-596
cînd poate fi folosită și cînd nu 84-108
folosirea ~ în scopuri egoiste, exemplu de caz 93-94
complicații clinice 88-90, 92, 97-98
evaluarea informațiilor inconștiente 90
fenomenologie 35-37
metode indirecte 37-39, 47, 50-51, 55, 85, 196, 403, 408, 491-492. *Vezi și* anecdote, metafore, simboluri
metodologie 192-206
noțiuni elementare de 47-50, 108, 193, 204, 211-217
pacienți cu contraindicație la 85, 99-100
perspectiva observatorului 581, 590-591
Hoch, P. 61-62
Hull, C. 143, 181

imagini 34, 583-585, 594. *Vezi și* nararea poveștilor
etape în dezvoltarea aptitudinilor imagistice 583
implantare 41, 51, 54-55, 342, 358, 584-585
imprimare 507, 509, 513-516
inconștient (voce interioară) 576-577, 586-588
individuație-afiliată. *Vezi* populație vîrstnică
inducție 33-45, 50-52, 74, 78, 86, 134, 179, 182, 195, 200-201, 308, 339-340, 596, 598
etapa aprofundării 34
etapa finalizării 34, 78-79
etapa inducției 34, 78-79
etapa preinducției 33, 77-78

etapa terapiei 34, 340-342
sugestii integrate 201, 342
modelul AVP 40-45
„transă cotidiană” 194-195
sugestie directă 33-34, 50, 55, 419
inducții familiale 516
integritatea eului. *Vezi* populații vîrstnice
inteligență emoțională 481, 483
intervenții 65, 84-86, 90-91, 95-96, 206, 245-246, 527
intervenții vizînd tiparele 253-255, 403
intimidare 378
intimitate. *Vezi* terapie sexuală
izolare 270
înțelegerea sinelui, exemplu de caz 426-438
întreruperea tiparelor 85, 200, 252, 254-255, 515, 521-522

jocuri de noroc compulsive. *Vezi* jocuri de noroc
jocuri de rol 178, 508
Johnson, L.D. 260, 262
Jordan, K. 568
Jung, C. 595

Kershaw, C. 463, 491
Kihlstrom, J.F. 51
Kirsch, I. 48-49, 51-52, 146
Kroger, W. 193-194

Lakoff, G. 55
Lambert, M.J. 46-47
Langdell, S. 53

Lankton, C. 48, 135, 606
Lankton, S. 48, 135, 203, 307, 606
LeCron, L.M. 89, 93, 102, 105, 115
levitarea brațului 26, 36-38, 43-44, 48, 158-159, 285-286, 307-308, 599-600, 604-606
Lista pentru memorie și comportament Zarit și Zarit. *Vezi* populație vîrstnică
literalism 49
Loriedo, C. 463, 491
Lozanov, G. *Vezi* amplificarea performanței, pseudopasivitate armonioasă
ludoterapie 557-571
  instrumente în ludoterapie 564-567
  ludoterapie experiențială 568
  modelul ludoterapiei 570
  proces de împletire 562-563
Lustig, H. 74, 211
Lynn, S.J. 48-50, 54-55, 88, 146
managementul durerii 215, 282-292, 306-307, 315-316
  amplificare/deviere 290-291
  anestezie-mănușă 289
  boală cronică 294-303
  deplasarea 215, 289, 308, 315
  disociere 282-283, 289
  distragerea atenției 282-283, 306, 308, 315
  eliminarea simptomelor 97-98
  exemple de cazuri 290-292
  modificare 282-283, 290
  reinterpretare 315
  Vezi și afecțiuni fizice

Matthews, W. 48, 51, 53-54
Meares, A. 90, 99, 102
meditație 453, 579-581
Mental Research Institute 62
metafore 22, 44, 50, 53, 55, 75, 77-78, 112, 132, 135, 342, 357-358, 407-408, 411, 419, 463, 493, 495-501, 507-509, 514, 563, 598, 606, 608
    integrate 606
    terapeutice 202-204, 224
Miller, A. 507
Miller, S.D. 61, 63-64, 260-261, 403-404
mintea conștientă 576-577
mîncat compulsiv 391. *Vezi și* slăbit
modelarea rolului. *Vezi* populație vîrstnică
modelare. *Vezi* populația vîrstnică
modelul reconstrucției familiale 508
modelul relațiilor cu sinele 355
moment de atenție la răspuns 541-542
Moustakas, C. 568
mulțumire de sine. *Vezi* populație vîrstnică

nararea poveștilor 131-140, 224-225, 340-341, 565-567
nesiguranță, exemplu de caz 458-459
neuroticism 372
nuditate psihologică 381, 389

O'Hanlon, W.H. 254, 490-491, 520, 536
obezitate 391. *Vezi și* slăbit
    exemplu de caz 394-398
oferirea unui refugiu 452-453

Omul-Februarie/The February Man 116-117, 134, 603
Orne, M.T. 94

pacienți dificili 25-26
Pallazzoli, M.S. 122-126
paradigmă narativă. *Vezi* Lakoff, G.
pasivitate activă 449-450
Pavlov, I. 143
pedofilie, exemplu de caz 66-69
personalitate dependentă, exemplu de caz 604-607
    Pert, C. 405, 407, 510
perturbare/tulburare externalizată 372, 376, 379, 384
placebo. *Vezi* principii psihobiologice
populație vîrstnică 325-346
    atașament, pierdere și durere determinată de pierderi 330-331
    boala Alzheimer, exemplu de caz 343-346
    cunoștințe despre îngrijire de sine 336
    generativitate 334-337
    integritatea eului 334-335
    îngrijirea părinților vîrstnici 535-554
    Lista pentru memorie și comportament Zarit și Zarit 346
    modelarea rolului 336-338
    modelare 204, 336-337
    mulțumire de sine 328-329, 333, 337, 342-343
    necesități de afiliere și individuație 327-330, 333-334
    procese developmentale 331, 334
    reciprocitate 328, 333-334, 336-339
    reintegrare 341
    resurse existențiale 331

prăbușirea ancorelor 597
pregătire 54-55. *Vezi și* implantare
principii psihobiologice 142-170, 328-329, 391-393, 585
biofeedback/neurofeedback 398
ciclu ultradian 149-151, 405
cronobiologie 148-151, 162
dinamica minte-corp-spirit 327, 405
implicații psihologice 168
neuroștiință 142
placebo 167-170
psihoendocrinologie 148
psihofiziologia fascinației 166-167
psihoneuroimunologie 142, 151-154
ritmuri circadiene 149-151
somn cu mișcări oculare rapide (REM) 149
terapie prin diminuarea stimulării cauzate de mediu 152
tipare haotologice 405
procedură explicită 597-598
procedură implicită 598
proces de împletire. *Vezi* ludoterapie
procesare experiențială 509
Prochaska, J.O. 18
programare neurolingvistică 315, 508
Programul de cercetare a tratamentului cooperativ al depresiei al Institutului Național de Sănătate Mentală 262
progresie de vîrstă 48, 231-237, 248-250, 357-358, 419-420
provocarea 43-44
pseudoorientare în timp 248-249, 419-420, 422
pseudopasivitate armonioasă. *Vezi* amplificarea performanței
psihoterapia relațiilor cu sinele 443, 453

psihoterapie psihodinamică 262
psihoză 85, 96-97, 101-105
    exemple de cazuri 59, 102-104, 354-355, 535-536

raport (relație) terapeutic(ă) 22-23, 25, 34, 41-42, 47, 64-66, 75, 99, 105, 107, 115-117, 180, 255, 305, 337-340, 367, 407-408, 451-452, 491, 601-602, 607-608
    cu copii/adolescenți 52-53, 567-568
    Vezi și Gaston, L.; transfer; aspecte legale
reabilitare 518
reactanța clientului 51-52, 88
reasociere 161
reciprocitate. *Vezi* populația vîrstnică
reconstrucție corectivă 597, 610
recuperare/rememorare, exemplu de caz 160-161, 201, 483, 510
recuperarea memoriei. *Vezi* recuperare/rememorare
regresie 17, 509, 595-596, 602
regresie de vîrstă 48, 104, 201-202, 222, 248, 289, 357-358, 509-510
reintegrare 341
reinterpretare. *Vezi* managementul durerii
    relaxare 49, 223, 243, 307, 396-397, 449-450, 579-581, 584-585, 594
rememorare țintită 26
reparenting 607-609
resurse de trăsătură. *Vezi* populație vîrstnică
rezistență 112-113, 197, 203, 339-343. *Vezi și* transfer
    utilizarea ~ 88-89
Richeport, M. 355

ritmare 255, 508, 510, 600-601, 608-610
ritmuri circadiene. *Vezi* principii psihobiologice
ritualuri și ceremonii 564
Rogers, C. 23, 177
Rosen, S. 134
Ross, D. 315-316
Rossi, Ernest 33, 38, 46, 48-49, 92-93, 114, 134, 247, 249, 252, 282, 307, 405, 509-510, 568-569, 598
Vezi și principii psihobiologice
Ryan, M. 92-93, 252

Sarbin, T.R. 48
Satir, V. 452, 463, 508-509, 511-512, 515-516, 600
Scala Hamilton de evaluare a depresiei 263
Scala Harvard pentru grupuri a sugestibilității la hipnoză 151
Scala Stanford de Sugestibilitate Hipnotică 223
scalare 538, 552, 555
Schwartz, S. 23, 29
sculptură 508
seducție prin conținut 385
Segal, L. 18, 62, 463
Seligman, M. 260, 264-266. *Vezi și* modelul diateză-stres
Semmelweis, I.P. 314
semnale asociative 538, 550, 554
Sharp, F.A. 252
Sherman, S.J. 23, 51, 54-55
simboluri 22, 44, 494
simptom ascuns. *Vezi* terapie sexuală
sine cognitiv 447-448, 454, 457
sine generativ 447

sine somatic 447, 454, 457
    Slagle, R.W. 48
slăbit 391-400
    etape în aflarea istoricului cazului 394
    etapele intervenției 583-584
    exemplu de caz 76
Societatea Americană de Hipnoză Clinică 326
sponsorizare 443-460
spontaneitate controlată. *Vezi* amplificarea performanței
stiluri nonverbale 600
stres posttraumatic 222-223, 227, 243, 356, 365, 538, 540, 554
    etapele intervenției 554-555
    Vezi și tulburări disociative, modelul SARI
structura caracterului 600
Strupp, H. 47
subconștient 576
substanțe, abuz de. *Vezi* abuz de droguri
suferință ineficientă 460
sugestibilitate 338
    utilizarea greșită a sugestiei 86
sugestibilitate hipnotică 16-17, 47, 49-51, 195-196, 222, 338
sugestibilitate la hipnoză 47, 51-52, 86, 144, 195-196, 222, 338
sugestie indirectă 38-39, 50, 341
sugestie posthipnotică 107, 204, 223, 307, 315, 418, 507, 582, 584-585, 607
    consolidarea eului 34, 96
    semnale posthipnotice 582, 584

șoc psihologic, exemplu de caz 161-164

tehnica abordării mîinii 598
tehnica presărării 203-204, 290, 339, 568-569
tehnici de distragere a atenției 216, 315, 462. *Vezi și* managementul durerii
tehnici de inducere a confuziei 90, 182, 204-206, 290, 340, 462
tehnici de respirație 450, 493-494, 496, 579-580
tendințe suicidare, exemple de caz 270-279
teoria așteptărilor 46-56. *Vezi și* evaluare hipnotică, așteptări
terapia cuplurilor 461-474, 490-504, 506-516
exemple de caz 84-85, 464-467, 501-504, 510-516
terapie cognitiv-comportamentală 243-247, 250, 255, 262
paradigma expunerii și a prevenirii reacției 250-251
terapie cu adolescenți 52-53, 105, 415-426, 557-571
adolescente, exemple de cazuri cu 84-85, 308-310, 523-524, 568-570
Vezi și copii, terapie cu
terapie cu copii 53, 105, 224, 305, 518-519, 523-535, 557-571
copil cu părinte abuziv, exemplu de caz 539-554
percepția inconștientă a copilului, exemplu de caz 507n
teama de separare a copilului, exemplu de caz 561-564
Vezi și terapie cu adolescenți
terapie de scurtă durată centrată pe soluții 193, 206, 230, 261-270, 356-357, 403-404, 408-409, 482-483, 518, 520, 526-527, 538, 541, 552, 554, 564, 598
întrebări referitoare la adaptare/externalizare 269-270
întrebări referitoare la excepție 265-267
întrebări referitoare la rezultat/întrebare-miracol 267-268, 538, 541-542, 554
terapie familială 179, 461, 463, 518
terapie maritală 461-463

actualizarea jurămintelor matrimoniale 468-469
contracte matrimoniale 461-462, 464, 466-467, 472-473
formulare a misiunii căsniciei 468
terapie prin consecințe negative 178, 254, 527-528, 530, 532, 534
terapie prin diminuarea stimulării cauzate de mediu. *Vezi* principii psihobiologice
terapie scurtă. *Vezi* terapie scurtă axată pe soluții
terapie sexuală 95-96, 179, 479-488
dispareunie, exemplu de caz 602-604
dorință sexuală inhibată, exemplu de caz 480
exemple de caz 89, 484-485
inhibiții, exemplu de caz 121-126
intimitate, exemplu de caz 470-471
simptom ascuns 479-488
terapie sistemică 494
terapie strategică 463
terapie vizînd stările eului 352, 354, 358, 361, 366-367
testul rostogolirii ochilor al lui Spiegel 607
Thompson, K. 135, 214, 290, 315, 509, 514
tipare de comunicare nonverbală 91-92, 178, 201, 204, 206
tipare haotologice. *Vezi* principii psihobiologice
tipuri comunicare 600
Torrey, E. 62
transă. *Vezi* hipnoză
transfer 88, 99-101, 112-128, 366, 601-602
negativ 365, 598, 600
transformare pe parcursul terapiei 212
translare. *Vezi* managementul durerii
transsexualism, exemplu de caz 486-487

tratament orientat spre simptome 596-597
traumă 104, 221-239, 356, 364-365
    etapele intervenției 232-235
    exemple de caz 236-239, 565-566
    tehnici de asociere/disociere 227, 231-236
    traumă complexă 229
    traumă dependentă de stare 230
    traumă și abuz în copilărie 224-225, 356, 406, 597-598, 603-604
    traumă simplă 228-229
Trenkle, B. 135,
tulburare de panică 243-250
tulburare internalizată 379, 384
tulburare obsesiv-compulsivă 243, 250-255
    exemplu de caz 253-254
    pașii intervenției 251-252
    Vezi și anxietate
tulburări disociative 350-368, 601, 608
    modelul SARI 357-359
    personalitate multiplă, exemple de cazuri 350-353, 359-364
    schizofrenie paranoică, exemplu de caz 102-103

utilizare 15-17, 27, 30-31, 47, 50, 59-71, 85-86, 91-92, 95-96, 112-116, 144, 196-200, 215-216, 252, 305, 364-365, 403-405, 415-416, 462, 521, 538, 548, 563
    teoria schimbării a clientului 61-71

validare 42-43
Van Riper, C. 535
victimizare 376

vindecare garantată 527-528. *Vezi și* terapie prin consecințe negative
vizualizare 583, 597

Wachtel, P. 261
Walen, S.R. *Vezi* terapie sexuală
WarriorHeart 294-303
Watkins, H. 352, 366
Watkins, J.G. 90, 96-97, 352, 366
Watzlawick, P. 75, 246, 337-338, 448, 463
Weakland, J.H. 17-18, 62, 75, 134, 279, 448, 463, 518
Weitzenhoffer, A.M. 86, 95, 98, 101, 105, 194
Wile, D. 62

Yapko, M. 92-93, 185-186

Zeig, J.K. 21, 28-29, 64, 91, 103, 133-134, 180, 184-186, 194, 196, 285, 416, 535. *Vezi* inducție, modelul AVO

* Numărul paginilor se referă la ediția tipărită a cărții și la ediția digitală în format PDF.